# TOPLUMCU TIBBA GİRİŞ

M. Akif Akalın

Toplumcu tıp tarihi, sağlığı/hastalıkları belirleyen etmenleri doğa-üstü güçlerde arayanlar ve biyoloji içinde hapsetmeye çalışanlarla, sağlığın/hastalıkların toplumsal belirleyicilerini gün yüzüne çıkartmaya çaba gösterenler arasındaki ardıcıl savaşımın tarihidir.

yazılama

# Toplumcu Tıbba Giriş

## Toplumcu Tıp Ders Notları

M. Akif Akalın



**M. Akif Akalın:** Dokuz Eylül Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Halk sağlığı eğitimini Ryerson Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda tamamladı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli kurumlarda hekim ve yönetici olarak ve Toronto Belediyesi'nde halk sağlıkçı olarak görev yaptı. İstanbul Sıtma Savaşı Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği ve Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kurucuları arasında yer aldı. Halen İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda ve İstanbul Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezi'nde görev yapmaktadır.

**Yazarın Diğer Kitapları**

- *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama Yayınları. 2010.
- *Sağlıkta Dönüşüm - Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar - 2.* (Derleme). İstanbul: Hekim Forumu Yayınları. 2009. (H. Demirdizen'le birlikte).
- *Birinci Basamakta Diyabetik Hastanın Yönetimi.* İzmir: KSGB Yayınları. 2001.
- *Gülcan Ebenin Not Defteri.* İzmir: KSGB Yayınları. 2000. (Ş. Öztürk'le birlikte).
- *Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi.* İzmir: KSGB Yayınları. 2000.
- *Pratisyen Hekimler İçin 1999 Yılı Hizmetiçi Eğitim Organizasyonu.* İzmir: KSGB Yayınları. 2000.
- *Sürekli Tıp Eğitimi.* Ankara: TTB Yayınları. 1994. (S. Akalın'la birlikte).

*Toplumcu tıp tarihi, sağlığı/hastalıkları belirleyen etmenleri doğa-üstü güçlerde arayanlar ve biyoloji içinde hapsetmeye çalışanlarla, sağlığın/hastalıkların toplumsal belirleyicilerini gün yüzüne çıkartmaya çaba gösterenler arasındaki ardıcıl savaşımın tarihidir.*

**İçindekiler**

# Önsöz

Avrupa'da sanayileşmeyle birlikte feodal toplumun bağrından doğan yeni toplumsal düzen (kapitalist toplum düzeni), saraylar ve ordu ile toplumun egemenleri için örgütlenmiş olan ortaçağ tıbbının bir *ticaret* haline gelmesine neden oldu. Aslında hekimler kendilerini sıradan bir esnaf konumuna düşüren bu gelişmeye uzun süre direndiler ve saraylardaki ayrıcalıklı konumlarını korumak istediler. Ancak yaşama egemen olan toplumsal ve ekonomik kurallardan, yaşamın önemli bir parçası olan tıbbın ve sağlığın uzun süre bağışık kalabilmesi olanaksızdı. Sanayi toplumuna geçişle birlikte tıpta ve hekimlikte meydana gelen bu değişimi K. Marx ve F. Engels, Komünist Manifesto'da (1848) şu sözcüklerle ifade ettiler:

> Egemen burjuvazi devleti kendi hizmetine sokmuş ve bütün yaşamı (toplumsal, ekonomik, kültürel vb) sermayenin çıkarlarına göre yeniden inşa etmeye başlamış, "*hekimi, avukatı, rahibi, şairi, bilim insanını kendi ücretli işçileri haline getirmiştir*"[1].

Böylece tıbbın sermayenin gereksinimleri doğrultusunda örgütlendiği kapitalist bir tıp ortaya çıktı.

*Toplumcu tıp* Avrupa'da on-dokuzuncu yüzyılın ortalarında, tıbbın kapitalist örgütlenmesine bir yanıt olarak belirdi. Temelleri Marksizmin kurucularından *Engels* tarafından atılan toplumcu tıp, kapitalist tıbbın toplumun ezici çoğunluğunu oluşturan emekçilerin gereksinimlerine ya-

[1] Marx, K. ve Engels, F. (2011). Komünist Parti Manifestosu. İstanbul: Siyah Beyaz Kitap.

nıt veremeyeceği, *emekçilerin* tıbbı kendi gereksinimleri doğrultusunda örgütlemesi gerektiği düşüncesiyle doğdu.

Buraya kadar yazılanların ne anlama geldiğini birkaç örnekle açıklamakta fayda var.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2011 yılı sonunda, Avrupa Birliği ülkelerinde meslek hastalıkları muayene rehberi olarak kullanılan *Prophylaxis In Occupational Medicine* isimli kitabı dilimize çevirerek, *Meslek Hastalıkları Rehberi* başlığı ile yayınladı. Bakanlık kitabın önsözüne bir özeleştiri veya itiraf ile başlıyor:

> "Ülkeler arasında değişmekle birlikte, yılda her bin işçiden 4 – 12'sinin meslek hastalığına yakalanma ihtimali olduğu bilinmektedir. Bu varsayıma göre; ülkemizde 2009 yılı verilerine göre 9.030.202 zorunlu sigortalı çalışan üzerinden beklenen meslek hastalığı vaka sayısı 36.000 – 108.000 arasında iken, 2009 yılı SGK istatistiklerine göre meslek hastalıkları vaka sayısı 429'dur".

Bu itiraf, Türkiye'de tıbbın (hekimlerin) 21. yüzyılda en iyi olasılıkla meslek hastalıklarına sahip olması gereken 36 bin kişiden yalnızca 429'unu (yüzde 1.19) teşhis ve dolayısıyla tedavi edebildiğinin, bir başka deyişle 2009 yılında bu hastalardan yüzde 99'una tanı konamadığının itirafıdır[2].

Türkiye'de tıp (hekimler) dünya ölçeğinde bir başarıyla yüz nakli veya aynı anda birden fazla kol ya da bacak nakli yapabilirken, hekimlerimiz ABD ve Avrupa'nın önde gelen merkezlerinde aranırken, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı nasıl oluyor da bu dünya çapındaki hekimlerin meslek hastalıklarına yakalananların yüzde 99'una tanı koyamadıklarından yakınabiliyor?

Benzer bir soruyu Mandela Kübalı hekimleri Güney Afrika'ya sağlık hizmeti sunmaları için davet ettiğinde, bu ülkenin önde gelen dergilerinden *Z Magazine* yazarı Joel Kovel de soruyordu:

> "Neden dünya çapında üniversitelere sahip, muhteşem kent-

[2] ÇSGB. (2011). Meslek Hastalıkları Rehberi. Ankara: Matsa Basımevi

sel merkezleri ve sayısız mineral kaynakları olan bu varsıl ülke, Küba'dan hekim ithal etmek zorunda kalsın? Dünyadaki ilk kalp nakli ameliyatı Cape Town'da yapılmadı mı? Ülkemiz yeterince 'gelişmiş' değil mi?[3]"

(Kübalı hekimlerin Güney Afrika Cumhuriyeti'ne gelmelerinden çok kısa bir süre sonra, Mandela'nın "ulusal onuru" zedelemek pahasına Kübalı hekimleri davet etmesinin ne kadar isabetli bir karar olduğu, ülkenin sağlık göstergelerinde kendisini göstermeye başlamıştır).

Bazı okurlar bunların kapitalist tıbbın değil, Türkiye veya Güney Afrika Cumhuriyeti gibi "*geri bıraktırılmış*" ülkelerin tıbbının başarısızlıkları olduğunu, gelişmiş kapitalist ülkelerde toplumun tıptan daha fazla yararlanabildiğini düşünebilir. Bu "bir ölçüde" doğrudur. Ancak kelimenin tam anlamıyla yalnızca bir ölçüde...

2011 yılında yayınlandığında Amerikan kamuoyunda büyük ilgi uyandıran Overdiagnosed (Aşırı Tanı) isimli kitabın yazarı H. Gilbert Welch, ABD'de *sağlık güvenceleri olmadığı için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan* 50 milyon Amerikalının şanslı olduğunu söylüyordu:

> "Bu kitap, bazılarının dünyadaki en iyi tıbbi bakım dedikleri şeye erişebilen milyonlarca Amerikalı hakkında. Kuşkusuz sağlık hizmetlerine erişimleri ciddi ölçüde sınırlı -sigortasızlar- başka milyonlarca Amerikalı da var. Bu gerçek bir sorun, fakat bu kitabın konusu değil. Burada tanımlanan sorunların, yalnızca daha az tıbbi bakım almaları nedeniyle ikinci grubun başına gelme şansı gerçekten çok az. Bu kitap tıbbın sonu gelmez genişlemesi ve artan tanı koyma eğilimimiz hakkında..."[4].

Türkiye'de hekimlerin başarıyla yüz nakli yapabilirken, basit bir kurşun zehirlenmesi tanısı koyamamasının; Güney Afrika'da dünyada ilk

[3] Báez, CM. (2004). The Cuban Health Programme in Gauteng province: an analysis and assessment of the programme. http://etd.uwc.ac.za/usrfiles/modules/etd/docs/etd_init_3113_1174050149.pdf. (Erişim: 1 Şubat 2013).

[4] Welch, HG. (2011). Overdiagnosed. Boston: Beacon Press. (Not: Kitabın yazar tarafından yapılan Türkçe çevirisi 2013 yılı içinde İNSEV tarafından yayınlanacaktır).

kalp naklini yapan hekimler varken, ülkenin Kübalı hekimlere muhtaç kalmasının ve ABD'de sağlık güvenceleri olmadığı için hekime gidemeyenlerin, aşırı tanı sorunları bakımından hekime gidebilenlerden daha *şanslı* kabul edilmelerinin nedeni, bu ülkelerde tıbbın toplumun sorunlarını çözmek amacıyla örgütlenmemiş olmasıdır. Bu ülkelerde tıbbın amacı, tıbbi-sanayi kompleks için en karlı olan alanlarda (örneklerimizdeki yüz nakli, kalp nakli veya aşırı tanı) başarı sağlamaktır.

Kapitalizm günümüzde bilimi ve üniversiteleri de tamamen kontrolü altına almayı başarmış ve kendi hizmetine sokmuştur. Günümüzde sağlık alanında yapılan araştırmaların yüzde 10'undan daha azının dünya nüfusunun yüzde 90'ını etkileyen ana sağlık sorunlarına yönelik olması gerçeği[5], bu araştırmaların toplumun veya dünya nüfusunun ezici çoğunluğunu oluşturan emekçilerin gereksinimlerine göre örgütlenmemiş olduğunun en açık göstergesidir.

***

Bu gelişmeler yakın zamanlarda Türkiye'de aydınlar arasında da sağlık sorunlarının özüne ilişkin bir tartışma ortamının doğmasına da yol açtı. 2012 yılında bir grup hekim, *Tıp Bu Değil* isimli bir kitapla, Türkiye'deki sağlık sorunlarının gerçekte tıbbın sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenmiş olmasından kaynaklandığını yüksek sesle ilan ettiler:

> "İnsan yararına bilimsel bir buluş – bunun resmi otorite tarafından toplum yararına sunulması – sermayenin bu hizmeti seri olarak üretmesi – resmi otoritenin bu üretimi zenginlerden yoksullara doğru bir tercih sıralamasıyla paylaştırması – halk güçlerinin ve kitlesel ve/veya mesleki, sendikal sivil toplum kuruluşlarının bu paylaşım şekline muhalefeti; buna koşut ayrı bir olgu olarak sermayenin giderek biriken insan yararına buluşlardan bazılarını iradi olarak öne çıkarması, iç dengelerini değiştirmesiyle gelişimin insan yararından sapmaya başlaması – toplum önüne ulaşılması "mutlak iyi" olan üst düzey hizmet hedefleri konduğunda sağlık politikalarının hem sermaye için en karlı, hem iktidar için en iyi

[5] Owen, JW., Roberts, O. (2005). Globalisation, health and foreign policy: emerging linkages and interests. Globalization and Health, 1(12):[5] http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/12. (Erişim: 22 Mart 2013).

> koz olacak şekilde örgütlenmesi – sivil toplum kuruluşlarının da bütün enerjisini bu "süper iyi hizmetlerin" paylaşımındaki adaletsizliklere yöneltmesi, bunların gerçekten iyi olup olmadığını kimsenin sorgulamaması".[6]

Önümüzdeki yıllarda sağlık alanındaki tartışmaların odağına bu yeni yaklaşımın yerleşmesi beklenebilir. Kuşkusuz bugüne kadar sağlık sorunları alanındaki etkinliklerini popülist bir yaklaşımla sağlık hizmetlerine erişim mücadelesiyle sınırlayan sendikalar, meslek odaları ve demokratik kitle örgütlerinin bu yeni yaklaşımı benimsemeleri belli bir zaman alacaktır.

***

Toplumcu tıp konusundaki literatür esas olarak Engels ve Rudolf Virchow'un çalışmalarıyla başlayan, daha sonra Almanya başta olmak üzere batı Avrupa ülkelerinde yayınlanan klasiklere dayanır. Yirminci yüzyılın başlarında Ekim Devrimi ile literatüre Sovyetler Birliği'nden devasa katkılar gelmiş ve literatür Doğu Avrupa, Latin Amerika deneyimleri ve Çin Devrimi'yle zenginleşmiştir. Günümüzde toplumcu tıbbın tek temsilcisi olan Küba'nın katkıları ise özellikle önemlidir ve esinlendiricidir.

Ülkemizde toplumcu tıp literatürü son yıllara kadar oldukça sınırlı bir düzeyde kalmıştır. Bu alandaki yayınlara yalnızca Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları'nın periyodik dergilerinde ve bir ölçüde işçi sağlığına ilişkin yayınlarda rastlanabilir. Ülkemizdeki bu eksikliği bir ölçüde giderebilmek için 2010 yılı sonunda Yazılama Yayınları tarafından yayınlanan *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi* başlıklı kitap, kapsamı yalnızca Sovyet deneyimiyle sınırlı olmasına karşın, toplumcu hekimler arasında çok büyük bir ilgiyle karşılanmıştır.

Eskişehir Tabip Odası tarafından 2011 yılında ödül verilen kitaba özellikle hekim adaylarından gelen yoğun ilgi üzerine İstanbul'da *Toplumcu Tıp Seminerleri* başlatılmıştır. Bu seminerlerde Sovyet deneyimi yanında diğer toplumcu tıp deneyimleri de tartışılarak, toplumcu hekimlerin

---

[6] Arslanoğlu İ. (Ed.) (2012). Tıp Bu Değil. İstanbul: İthaki. (Not: Kitabın kamuoyunda büyük ilgi görmesi üzerine daha geniş bir yazar grubu ve destekçi ekiple sadece 6 ay sonra Tıp Bu Değil 2 yayınlandı).

ve hekim adaylarının katkıları sağlanmıştır. Seminerlerin başarısından cesaretle toplumcu tıp, 2012 yılından itibaren İstanbul Tıp Fakültesi'nde seçmeli ders olarak sunulmaya başlamıştır.

Bu süreçte merkezi İstanbul'da bulunan İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı (İNSEV) tarafından dilimize kazandırılan *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, *Sağlık Politikaları Reformu* ve *Küreselleşme* ve *Sağlık* isimli kitapların da Türkiye'de toplumcu tıp alanındaki literatür eksikliğini doldurmakta önemli katkıları olmuştur. Yine 2012 yılında İNSEV bünyesinde gerçekleştirilen *Toplumcu Tıp* etkinlikleri hekim olmayan aydınların (sosyologlar, ekonomistler vb) toplumcu tıpla tanışmasında çok önemli bir işlev görmüştür.

Elinizdeki kitap esas olarak geçtiğimiz iki yıl içinde gerçekleştirilen bu seminer çalışmalarından derlemeler ve İstanbul Tıp Fakültesi'nde devam eden Toplumcu Tıp ders notlarından oluşmaktadır. Tasarruf amacıyla *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi* başlıklı kitabımızda ele alınan konulara bu kitapta çok az yer verilmiştir. Yine toplumcu tıp bağlamında ülkemizin bu alandaki en üretken yazarlarından biri olan İlker Belek tarafından yayınlanan *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi/ Sınıf, Sağlık Eşitsizlik/ Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği/ Küba'da Sağlık: Sosyalizmin Başarısı* kitaplarında yer alan konulara da değinilmemiştir.

Kitabın en önemli amaçlarından biri ülkemizde toplumcu tıp literatürünün zenginleşmesine katkıda bulunmak olduğundan, kitabın kaynakçası elden geldiğince geniş tutulmaya çalışılmıştır. Bu kaynaklar arasında doğrudan alıntı yapılanlar dipnotlarda açıkça belirtilirken, kitabın yazımında genel olarak yararlanılanlara sadece her bölüm sonundaki kaynaklar bölümlerinde yer verilmiştir. Makalelerin çoğuna internetten ulaşılabilir, ulaşılamayanlar yazarla iletişim kurularak temin edilebilir.

Son olarak bu kitabın esas olarak toplumcu tıp ders notlarından oluştuğunu anımsatmak isterim.

Ülkemizde toplumcu hekimlerin toplumcu tıbba ilgilerinin artarak devam etmesi umuduyla...

*İstanbul, Mart 2013.*

# 1. Bölüm
# Toplumcu Tıp Düşüncesinin Kökleri

*Toplumcu tıp ya da tıbbın toplumun gereksinimlerine göre örgütlenmesi düşüncesi esas olarak Avrupa'da 1848 devrimlerinin ateşleri arasında doğmuş olmasına karşın, bu düşüncenin kökleri insanlığın ortaçağ karanlığından sıyrılmaya çalıştığı dönemlere uzanır.*

Daha adil, daha eşitlikçi bir toplum özlemiyle Antik Yunan uygarlığından esinlenen Avrupalı aydınlar, *başka bir dünya* hayali kurmuşlar, bu hayal içinde sağlığa da yer vermişlerdi. Gelecek için daha iyi bir dünya hayal eden Avrupalı öncüler arasında Thomas More, Tommaso Campanella[1] ve Francis Bacon[2] öne çıkmaktaydı.

Bu çabalar arasında Thomas More tarafından kaleme alınan *Ütopya* özel bir yere sahiptir[3]. Sağlık ilk kez 1500'lerin başlarında Ütopya'da açıkça insanlar için sosyoekonomik konumlarına bakılmaksızın bir *hak* ola-

---

[1] İtalyan yazar Campanella (1568 – 1639) *Güneş Ülkesi* adlı eserinde özel mülkiyetin olmadığı, eşitlikçi bir dünya hayali kurmuştur. Bkz. Campanella, 2005.

[2] Soylu bir İngiliz aileden gelen Bacon (1561 – 1626) Yeni Atlantis isimli ütopyasında ideal bir toplum düzeni tanımlar. Bkz: Bacon, 2008.

[3] Sir Thomas More (1477 - 1535) mesleği avukatlık olan ve geçimini ticari anlaşmalar yapmaktaki ustalığına borçlu bir İngiliz aydınıdır. Yaşamının ikinci yarısını devlet adamı olarak sürdürmüştür. Adını günümüze taşıyan Ütopya'yı, 1516 yılında yazmıştır. Terimi, Yunanca ou (değil) ve topos (yer) sözcüklerinden türeten More, "olmayan yer" anlamına gelen ütopyayı, bütünüyle akıl yoluyla yönetilen bir devlet olarak betimlemiştir. F. Engels'in deyimiyle, Yunanlılara yeniden dönüşle başlayan yeniçağda bütün aydınlar gibi Thomas More da, gereksindiği referansları Antik Yunan'da aramış, Epikuros'un etkisinde kalmıştır. Bkz. More, 2005.


Thomas More

rak tanımlanmıştır. Toplumcu tıbbın temel belgilerinden biri olan *herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti* ilk kez kendisini Ütopya'da çok belirgin bir şekilde ortaya koyar. Yine ileride toplumcu tıp düşüncesinin temel ilkeleri arasında yer alacak olan sağlık hizmetlerinin *devlet hizmeti* olması ilkesi ilk kez Ütopya'da talep edilmiştir (bu dönemde henüz modern toplumlarda gördüğümüz devlet kurumlarının çoğunun adının dahi olmadığını anımsayınız).

Diğer yandan toplumcu tıp düşüncesinin özünü oluşturan *hastalıkların kaynağının insanların çalışma ve yaşam koşullarında* bulunduğu düşüncesinin tohumlarını da Ütopya'da görmek mümkündür. İnsanların *barınma ve beslenme koşullarının iyileştirilmesine* büyük önem veren Ütopya, *altı saatlik işgünü* önerisiyle çalışma yaşamının sağlık üzerine etkilerinin farkında olduğunu göstermektedir. Son olarak toplumcu tıp düşüncesinin temel ilkelerinden biri olan koruyucu hizmetlere *öncelik* verilmesi gerektiği de Ütopya'da oldukça açık bir şekilde talep edilmektedir.

Kuşkusuz bu *hayalleri* gerçekleştirebilecek, özel mülkiyete son vererek eşitlikçi bir toplumsal düzen kurabilecek tek sınıf olan işçi sınıfı bu dönemde henüz tarih sahnesine çıkmamıştır. Bu hayaller (ütopyalar) ancak sanayi devrimiyle birlikte işçi sınıfının ortaya çıkmasından sonra ete-kemiğe bürünebilecek ve politik programlar halinde formüle edilebileceklerdir. Ancak daha önce sırada Fransız ve Amerikan burjuva devrimleri vardır...

*Okuma 1. Ütopya'da Sağlık*[4]

Ütopya Thomas More tarafından 16. yüzyılın başlarında ortaya konmuş bir toplumsal projedir. Toplumsal yaşamdaki bütün kötülüklerin kaynağının *özel mülkiyet* olduğunu savunan More, ideal bir toplumun özel mülkiyetin ortadan kaldırılmasıyla gerçekleşebileceğini, böylece herkesin genel fayda için çalışacağını, kişisel çıkarın halkın ortak çıkarı ile birleşeceğini düşünmüştür.

More projesini Portekizli bir gezgin olan ve Amerigo Vespucci'nin Yeni Dünya yolculuklarına katılan öykü kahramanı Raphael Hytloday'in ağzından anlatır. Raphael bu yolculuklardan birinde Ütopya adasına gitmiş ve burada beş yıl yaşadıktan sonra, "yeni" dünyayı "eskisine" anlatmak için geri dönmüştür.

Ütopya bir tarım toplumudur. Her şey toplumun ortaklaşa mülkiyetindedir. Bütün zenginlikler ve ürünler, herkesin ortaklaşa emeğiyle yaratılmakta ve herkese gereksinimi ölçüsünde, eşit olarak paylaştırılmaktadır. Ülkenin bütün kurumları (politika, hukuk, eğitim, sağlık, askerlik, din vb.) bu ilişkiler temelinde yükselmekte ve gündelik yaşam, bu ilişkilerin birer fonksiyonu olarak kendisini göstermektedir.

**Sağlığın Ütopyası**

Thomas More'un sağlık alanındaki ütopyası, sağlığın herkes için bir *hak* olması ve bu alanda da toplumsal bir *eşitlik* sağlanması ilkesine dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinden herkesin gereksindiği kadar yararlanabilmesi için önerdiği örgütlenme modeli, temel ilkeleri bakımından günümüzde dahi dikkate alınması gereken bir modeldir. Diğer yandan More'un yaşamın amacı konusundaki düşünceleri de, ütopya içinde sağlık alanının özel bir yer tutmasına ve toplum projesinin neredeyse temel taşlarından biri olmasına zemin oluşturmuştur.

[4] Akalın, 1997.

More'a göre insanların tüm davranış ve erdemlerinin amacı yaşamdan keyif almaktır. Keyif sözcüğünü, "insanın doğal bir zevk aldığı her türlü ruh ve beden durumu" olarak tanımlayan More, insanların duygularıyla değil, akıllarıyla doğal zevklere, keyiflere ulaşacağını savunmuştur. Bu anlamda, insanlar için, yalnızca iyi ve dürüst zevkler (gerçek zevkler) mutluluk kaynağı olabilir. More, gerçek zevkleri, ruha ve bedene ait zevkler olmak üzere iki kısımda toplamaktadır. Düşüncenin eğitimi ve gerçeği anlamanın verdiği keyif ruhun zevklerini oluştururken, bedensel zevkler de ikiye ayrılmaktadır:

1. Yemek, içmek, barsak salgıları, cinsel boşalım vb. gibi bedenin fizyolojik gereksinimlerinin yanıtlandığı, duyularımızda ivedi ve açık bir etkide bulunan zevkler.
2. Müziğin verdiği keyif gibi, insanın içindeki coşkulu, etkileyici ve çekici, ilginç bir güçten kaynağını alan zevkler.

More, bu noktada, bedensel zevkler ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki kurmakta ve bu ilişki, More'un sağlığa yaklaşımının felsefi boyutunu oluşturmaktadır. Yaşamdan keyif almanın önemli bir unsuru olan bedensel zevkler, More'a göre, organlar arasındaki sürekli bir dengeden ve düzenli bir sağlıktan kaynaklanırlar. Ağrısı olmayan bir insan, bir dış etken olmadan da, kendiliğinden bir rahatlık içindedir. Sonuç olarak şöyle bir mantık kurulmaktadır: *Yaşamın amacı keyiftir. Keyfin önemli kaynaklarından biri bedensel zevklerdir. Bedensel zevklerin kaynağı sağlıktır.* Bu düşünce zinciri More'u, *sağlıklı olmak, gerçek mutluluğun (yaşamın amacının) esas kaynağıdır* düşüncesine götürür. Çünkü insan sağlıklı değilse, yaşamın tadı ve zevki kalmaz. Sağlıklı olunmadan hiçbir keyif yaşanamaz. Sağlıklı olmayan bir kişinin bedeni, bir ölüden farksızdır.

**Sağlık ve Hastalık**

More'a göre hasta bir insanın duyduğu elem, zevkin baş düşmanıdır; bu nedenle hastalık, sağlığın baş düşmanıdır. İnsanlar, sağlıkla-

rını tehlikeye atacak her şeyden kaçınmalı ve hastalık etmenleriyle savaşmalıdırlar. Beden, baş düşmanı olan açlık ile, yemekler aracılığıyla sağladığı faydalı besinlerin yardımıyla savaşmakta ve besinler sayesinde düşmanı kovarak mutlu olmaktadır. More'a göre akıllı biri, hastalandıktan sonra ilaç derdine düşeceğine, önceden hastalığın önüne geçmeli ve elemi dindirmeye çalışmaktan çok, önlemeye çalışmalıdır.

Sağlık sorunlarına ilişkin referanslarını Hippokrat ve Galen'den alan More'a göre hastalıkların iki kaynağı vardır. Bunlardan birincisi dış etkenlerdir. Doğada var olan ve insanların sağlıklarını korumak için kaçınmak zorunda oldukları her şey bu gruba girer. İkincisi ise zamandır; yaşlılığı da bir tür hastalık olarak kabul eden More, zamanla bedenin yıprandığını düşünür.

İnsanlar, sağlıklarına zarar verebilecek her şeyden kaçınmanın ötesinde, bedenlerinin (fiziklerinin) düzgünlüğünü, atikliğini ve sağlıklı olmasını, yaratılışlarının en güzel ve en sevindirici ödülü olarak görmeli ve bedenlerini büyük bir zevkle geliştirmelidirler. Bedenlerinin zevklerini karşılarlarken, daha büyük bir zevkin yaşanmasına engel olabilecek ve sonuçta elem getirecek her türlü zevkten uzak durmalıdırlar.

More, sağlıklı bir insanın, sağlığının değerinin farkında olamayacağı düşüncesine katılmaz. Ona göre insan, ancak uyurken ya da hastaysa sağlığının bilincinde olamaz. Sağlıklı olmaktan haz duymaması için insanın, put kesilmesi ya da kendinden geçmiş olması lazımdır.

More, Ütopya'da, insanların sağlıklarının korunması için, bir dizi kamusal tedbir öngörmekte ve bunları bir *devlet yükümlülüğü* olarak ortaya koymaktadır. Sağlığın korunması ve bedenin hastalıklarla savaşmasında *beslenmeye* büyük değer biçen More, gıda maddelerinin üretiminden tüketimine kadar bütün süreçlerde, toplumsal fayda ve eşitlik ilkeleri yanında, bu süreçlerin sağlık koşullarına uygun olması noktasında büyük bir titizlik göstermektedir.

Ütopya'da şehirlerin ve köylerin tüketecekleri yiyecek ve içecekler, önceden ayrıntılı hesaplarla saptanır ve böylece baş düşman olan açlığa karşı tedbir alınır. Ürünler, şehir pazarına (dağıtım noktası) getirilmeden önce kontrolden geçirilmektedir. Eğer ürün "kokusu ile havayı bozarak, salgın hastalıklara neden olabilecek" ise şehre sokulmasına izin verilmez. Sağlığa uygun besinler, şehir dışındaki akarsularda yıkanıp temizlendikten sonra pazara getirilebilirler. Besinlerin tüketildiği alanlar da yemekten önce yıkanıp temizlenirler.

More, insanların su gereksinimlerinin karşılanması için, modern bir şebeke öngörür. Kaynaklardan borularla alınacak olan su, en kıyıda kalmış yerlere kadar şebeke ile ulaştırılacak, bunun mümkün olmadığı yerlerde, yağmur sularının biriktirildiği sarnıçlar kullanılacaktır.

More, Ütopya'da insanların kerpiç evlerde oturmalarına izin vermez. Evlerin duvarları taş ya da tuğladan olmalı, çatısı yağmura dayanıklı olmalı, ışık alabilmesi ve rüzgardan korunabilmesi için pencereleri camdan olmalıdır. Evlerde bebekler için bir oda ayrılmalıdır. Bu odada ocaklar, temiz su ve beşikler olmalıdır.

İnsanların emekleri boşa harcanmamalı ve insanlar gereksiz işlerde fazla çalıştırılarak yorulmamalıdır. İnsanların bir günde *altı saat* çalışmaları yeterlidir. More, çocukların pratik eğitim için tarımda çalıştırılmalarında, fiziksel gelişimlerine katkı sağlaması bakımından da fayda görmektedir.

Ölüm ya da hastalık dışında, her anne çocuğunu kendisi emzirmelidir. Anne hastalanır ya da ölürse, bebeğe bir sütanne bulunması yöneticilerin eşlerinin görevidir.

More, tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir *devlet hizmeti* olarak örgütlenmesini öngörmektedir. Nüfus ve coğrafyaya dayalı bir model sunar. Buna göre altı bin ailenin yaşadığı şehirler, dört eşit mahalleye bölünmüş ve her 1.500 ailenin yaşadığı mahalle için surların dışında bir hastane planlanmıştır. Bu hastaneler de küçük bi-

rer şehir gibidirler. Sayıları ne kadar çok olursa olsun, hastalar, bu geniş hastanelerde sıkışık ve rahatsız edici bir duruma düşmezler. Bulaşıcı hastalıkları olanlar ayrı bir bölümde yatırılırlar.

Hastalar, hastanede yatarak tedavi olmaları için asla zorlanmazlar, fakat özendirilirler. Hastaneler o kadar iyi düzenlenmiş ve hekimler hastaları ile o kadar ilgilidir ki, hastalar, büyük bir şefkat ve özenle bakım göreceklerini, iyileşmeleri için, ne ilaçlardan ne de yiyeceklerden sakınılmayacağını bildiklerinden, evlerinde yatmak yerine, hastaneleri tercih ederler.

More'un *eşitlik* anlayışının, basit bir aritmetik eşitlikten öte, çağdaş bir eşitlik anlayışı olduğunun, eşitlik kavramından *gereksinimi kadar* sonucunu çıkarttığının en somut örneği, yiyeceklerin dağıtımında hastalara öncelik verilmesinde görülür. Pazara gelen yiyecekler dağıtılmadan önce hekimlerin hastalar için talep ettikleri yiyecekler hastane sorumluları tarafından alınmakta, geri kalan yiyecekler sağlıklı insanlar arasında paylaştırılmaktadır.

More, engelli ve özürlü insanların korunmaları için tedbirler öngörmektedir. Ütopya'da engelli ya da özürlü bir insanla dalga geçmek büyük suç oluşturan davranışlar arasında başta gelmektedir. Bir kişi, yalnızca hasta ya da engelli olduğu gerekçesiyle eşinden ayrılamaz. Yine bir kimsenin yardıma ve bakıma en çok gereksinim duyduğu bir zamanda kenara itilmesi, yaşlıların hor görülmesi (yaşlılık da bir hastalık olarak kabul edilmektedir) bir hakaret olarak kabul edilmektedir.

Alınacak tedbirler sonucu bireylerin ve toplumun zaten sağlıklı bir yaşam sürdüreceklerine inanan More'a göre hekimlik, saygın olan, ancak pek de gerekli olmayan bir meslektir. Bu konuyu açabilmek için More'un eğitime bakışına da değinmek gerekir.

More, eğitimi tamamen üretime yönelik bir eylem olarak ele alır. Öte yandan More'a göre çalışmak, hem bir hak hem de bir görevdir. Toplumda herkes çalışmak zorundadır. Bu nedenle kadın-erkek herkes, çocukluk çağından itibaren, temel üretim etkinliği olan

tarım alanında eğitim almak zorundadır. Bu eğitim dışında herkesin özel bir mesleği de olmalıdır. Bu meslek, bilim ya da temel zanaat alanlarından birinde (dokumacılık, duvarcılık, testicilik, demircilik, dülgerlik vb.) zorunlu eğitimle kazanılacaktır.

Ancak More, bu formel eğitimle sınırlı kalmamış, dileyen herkesin sabahları gün doğmadan önce verilen dersleri izleyebilmelerini sağlayan bir model öngörmüştür. Boş zamanlarında kendisini yetiştiren örneğin bir tarımcı-dülger işçi, yöneticilerin ve rahiplerin izinlerini almak şartıyla, bilim dallarında çalışanların arasına katılabilir. Bilimde gelişmeleri istenilen kişiler kol gücüyle çalışmak zorunda değillerdir, ancak, aralarından biri, beklenilen başarıyı sağlayamazsa tekrar işçiler arasına gönderilir.

Sağlık hizmetleri sektörünün diğer bir eleman kaynağı da rahiplerdir. Ütopya'da rahipler, dini görevleri dışında hizmet sektörünün bir alanında da çalışmak zorundadırlar ki, bunlardan biri de hastabakıcılıktır.

**Ütopik Sosyalistler ve Halk Sağlığının Doğuşu**

Sanayi devrimiyle birlikte üretimdeki değişim kırlardan kentlere devasa bir göçe yol açarak kentsel nüfusu arttırmış ve kentlerin altyapısının bu nüfusun gereksinimlerini karşılayamaz hale gelmesiyle, yaşam kalitesi (barınma, beslenme ve hijyen koşulları) büyük sağlık sorunları yaratacak ölçüde bozulmuştur. İngiltere'de 1700'lerin son çeyreğine girerken nüfusun yüzde 75'i kırlarda yaşarken, kentsel nüfus 1800'lerin başında yüzde 65'e, 1850'lerin başında yüzde 84'e tırmanacaktır.

Toplumsal ve ekonomik yaşamın neredeyse bir insan ömrü içinde gerçekleşen bu dramatik değişim/dönüşümünün yarattığı sorunlara en belirgin ilk yanıtlardan biri, daha sonraları Engels tarafından "ütopyacı sosyalistler" olarak tanımlanan Henri de Saint-Simon, Charles Fourier ve Robert Owen'dan gelmiştir[5]. Bu düşünürler çalışmalarını esas olarak Platon (Devlet) ve Thomas More (Ütopya) tarafından ortaya konan tasarımlara dayandırmışlardır[6].

Henri de Saint-Simon (1760 – 1825) politik kurumların ekonomik koşullar tarafından belirlendiğini, ideal bir toplumda ekonominin sanayicilere ve politikanın (siyasi yönetimin) bilim insanlarına bırakılması gerektiğini savunmaktadır. Sanayici ve bilim insanlarının yönetimindeki emekçiler de daha iyi çalışma ve yaşam koşullarına kavuşacaktır. Kilise de bilim ve sanayi ile uyum içinde sanayi toplumunun düzenlenmesinde rol oynayacaktır. Emek ve sermayenin uyumuna dayalı, teknokratlarca yönetilen bir toplum ideali Saint-Simon'un düşüncesinin özünü oluşturur. Simon'un toplumunda herkes yeteneğine göre katkı sunarken, yaptığı işe göre ücret alacaktır. Eserleri arasında *Bir Cenevreli'ye Mektuplar*, *Endüstri Sistemi*, *Endüstricilerin Elkitabı* ve *Yeni Hıristiyanlık* sayılabilir.

Robert Owen (1771 – 1858) işçi sınıfının sefaletine çözüm olarak fabrikaların kentlerden kırlara taşındığı küçük tarım toplulukları oluşturmayı önermiş ve İngiltere'de (New Lanark) bu tür toplulukların kurulmasına önayak olmuştur. Kendi kendine yeterli sanayi köylerinde emekçiler şehirlerdeki işçilere göre daha özgürdür. Sanayiciler, işçilerin yaşam ve çalışma

---

[5] Bkz. Engels, 2012.
[6] Bkz. Huberman, 2005.

koşullarının iyileştirilmesinin kendilerinin de çıkarına olduğu konusunda *ikna edilmiş*, böylece emekçilerin barınma ve beslenme koşulları iyileştirilmiş ve çocuklarına iyi eğitim olanakları sağlanmıştır. Çalışma saatleri kısaltılmış (11 saate indirilmiş), verimlilik arttırılmış, yoksulluğa son verilmiştir. Owen'da da din toplumun bireylerini birbirine bağlayan bir tutkaldır. Owen mülkiyeti gereksinimle sınırlamaktadır. Herkes yeteneği ölçüsünde çalışarak, gereksindiği kadar yiyecek, giyecek ve barınağa sahip olabilecektir. 500 – 3.000 nüfuslu eşitlikçi toplulukların ortaklaşa (komünal) bir yaşam sürdürmesi öngörülmektedir. Ancak bu girişimler kısmi başarılar göstermiş olsalar da kalıcı olamamışlardır.

Charles Fourier (1772 – 1837) sanayileşmenin yarattığı sorunlardan en çok ürken ve sanayileşmenin insanlığın sonunu getireceğini ilk kez öne süren düşünürdür. Sorunlara yanıt olarak *falanster*[7] adını verdiği komünleri, 5 bin hektarlık alanlarda ekonomik ve toplumsal birimler olarak 1800'er kişilik gruplar halinde örgütlemeyi önermektedir. Bunlar Owen'da olduğu gibi sanayinin kırlara kaydırılmasıyla oluşan ve kendi kendine yeterli tarımsal birimlerdir. Üretim araçlarının mülkiyeti ortaktır. Özetle sanayi toplumunu kırda yeniden örgütlemek hedeflenmektedir. Eserleri arasında *Dört Hareket ve Genel Kader Kuramı* ile *Tarımsal Aile Ortaklığı Üzerine Bir İnceleme* bulunmaktadır.

Ütopik sosyalistlerin ortak noktası kapitalizmin üretim araçları üzerindeki özel mülkiyetin ortadan kaldırılmasıyla yıkılması ve yerine daha verimli, adil, planlı ve eşitlikçi bir toplum kurulmasıdır. Ütopik sosyalistlerde bu amaçlara ulaşmak için bir sınıf mücadelesi değil, gücü ve iktidarı ellerinde tutanların akıl ve vicdanlarına/gönüllerine seslenilerek "*ikna edilmesi*" esastır. Mevcut toplumun dönüştürülmesi ve hayali kurulan toplumun oluşturulmasında işçi sınıfı yerine teknokratlara ve aydınlara dayanılmaktadır[8].

* * *

Düşünsel yaşamda toplumsal hayata ilişkin bu gelişmeler yaşanırken on-sekizinci yüzyıl, *halk sağlığı* tarihinde de bir dönüm noktası oluşturmuştur. Bu dönemde tıp, sağlıkta bireye yönelik hizmetler yanında topluma

---

[7] Üretim topluluğu.
[8] Bkz. Şenel, 2001.


Johann Peter Frank

yönelik hizmetlerin de önemli olduğu bilincine ulaşmıştır. Avrupa'da mutlak monarşiler halkın sağlığını korumayı bir devlet yükümlülüğü olarak görmüş ve insanların sağlıkları için neler yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiğinin devlet tarafından belirlenmesi gerektiğine inanılmıştır. Bu tutum, tanrının yeryüzündeki temsilcisi olan kralın tanrı tarafından kendisine emanet edilen insanlardan sorumlu olması ve onlar için en iyi ve doğruyu bilmesi anlayışıyla uyumludur ve bu anlayış Avrupa'da *tıbbi polis* kurumlarını yaygınlaştırmıştır.

Bu yaklaşımın uygulamada nasıl somutlaştığını Johann Peter Frank[9] (1745 - 1821) tarafından 1779'da kaleme alınan şu satırlarda görmek mümkündür:

"Genel polis biliminin amacı devletin iç güvenliğidir. Bu nedenle polis biliminin çok önemli bir kısmı bize toplum içinde yaşayan insanların ve hayvanların sağlığını düzenli olarak idare etmeyi öğretmesidir... Toplumun iyiliğini, toplumsal yaşamın onlara sunabileceği avantajlardan keyifle ve uzun süre yararlanmalarını sağlayacak araçları teşvik etmek zorundayız... Bu nedenle sağlık polisliği, genel polislik biliminde olduğu gibi bir savunma sanatı, insanların ve insanlara yardımcı olan hayvanların aşırı kalabalıklaşmanın[10] kötü sonuçlarına karşı korunabilecekleri bir doktrindir..."

Frank en önemli kamusal hijyen ilkelerini topladığı ünlü eseri olan *System einer vollständigen medicinischen Polizey*'i[11] 1779 yılında yayınla-

[9] Frank'in "insanların sağlığı, imparatorluğun zenginliğidir" yaklaşımı ilerideki yıllarda İngiliz saniteryenler tarafından benimsenerek The Sanitarrian dergisinin sloganı haline gelmiştir: "Ulusun sağlığı, ulusun zenginliğidir!". Bkz. Hancock, 2001.

[10] Kapitalist üretim tarzının ürünü olan kalabalık kent yaşamı kastediliyor.

[11] Tıbbi Polis Sistemi, 1779 – 1821 yılları arasında toplam 6 cilt olarak yayınlanmış ve hemen hemen bütün Avrupa dillerine çevrilmiştir.

maya başlamıştır. Burada insanlar için beşikten – mezara sağlıklı yaşam kuralları sıralanmaktadır. Evlilik hijyeninden çalışan kadınların korunmasına, çocukların eğitiminden okul hijyenine kadar birçok konuyu ele alan Frank, birçokları tarafından halk sağlığı biliminin babası olarak kabul edilir.

Frank, sistematik olarak insanın doğumundan itibaren sağlığını tehdit edebilecek olayları ele almış ve bunlardan korunmak için neler yapılması gerektiği üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak bunu yaparken insanın toplumsal bir varlık olduğu bilinciyle sağlığı tehdit eden toplumsal faktörlerin de altını çizen Frank, tiyatronun halkın sağlığı üzerine etkilerini tartışacak kadar çağının ötesine uzanmıştır. Sadık bir kral ve otoriter devlet destekleyicisi olan Frank'a göre devlet sağlıkla ilgili yasalar çıkartmalı ve bunları organları eliyle uygulamalıdır[12].

Siyasal olarak *aydınlanmacı despotizm* yanında yer alan Frank'in görüşleri devrim Fransa'sında büyük yankı uyandırmıştır. 1789 Fransız Devrimi'nin de tıbbın ve hekimliğin değişim ve dönüşünde önemli katkısı bulunmaktadır. Fransız Devrimi, hastalıkların insanların yoksulluğundan, olumsuz yaşam (barınma, beslenme, hijyen) koşullarından kaynaklandığını, hastalıklarla mücadele edebilmek için bu koşulların düzeltilmesi gerektiğini söyleyen Frank'ı cömertçe bağrına basmıştır[13].

Devrim hükümeti belediye başkanlarından, bölgelerinde aynı anda dört veya beş kişinin aynı hastalığa yakalandığını tespit etmeleri halinde durumu cerrahlar ve hekimlerden oluşan bir komisyona bildirmelerini istemiştir. Yine bu dönemde cenazelerin uygun şekilde gömülmesi, ekmek, şarap ve et satışlarının kontrolü, mezbahaların, madenlerin ve diğer işliklerin denetimi, halk sağlığını tehdit eden barınakların ortadan kaldırılması, kiliselerde pazar günleri sağlık alanındaki düzenlemeleri topluma duyurulması gibi çevreye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları yaygınlaşmıştır[14].

---

[12] Bkz. Carroll, 2002; Sigerist, 1941; Koveginas, 1997.
[13] Bunu bütün Avrupa'ya yayılan sanitasyon hareketi izlemiş ve tarihte ilk kez insanlar bulaşıcı ve salgın hastalıklardan ölümün bir kader olmadığını öğrenmişlerdir.
[14] Bkz. Foucault, 2002.

*Okuma 2. Fransız Devrimi ve Tıp*[15]

Foucault ünlü kitabı Kliniğin Doğuşu'nda, Fransız Devrimi sırasında ilerici burjuva düşünürlerin tıbba ilişkin yaklaşımlarını aktarmaktadır. Örneğin devrimin ilk günlerinde sürekli yeni bir toplum için projeler üreten Sabarot de L'Averniere hekimliğin *devletleştirilmesini* (sağlık hizmetlerinin bir devlet hizmeti olmasını) önermiştir:

"*Ruh, canlı vücutlardan ayrı düşünülemez ve eğer din adamları saygı görüyor ve devletten tatminkar bir geçimlik alıyorlarsa, sizlerin sağlığı ile ilgilenenlerin beslenmeleri ve yardımınıza koşmaları için yetecek sabit bir ücret almaları gerekir*"[16].

Böylece hekim baktığı hastalardan ücret istemek zorunda kalmayacaktır; hastalara yardım parasız ve zorunlu olacaktır. Hekimler tıp fakültesinden mezun olduktan sonra mesleklerini kendi istedikleri yerde değil, devlet tarafından görevlendirildikleri yerde icra edeceklerdir; deneyim kazandıktan sonra daha sorumluluk isteyen, daha iyi ücret alabilecekleri bir yere geçebileceklerdir. Mesleki etkinlikleri konusunda üstlerine bilgi verecekler ve hatalarından sorumlu olacaklardır. Çıkar gözetmeyen, denetlenen bir kamusal etkinlik haline gelen tıp yetkinleşecektir.

Maret ise bireylerin yaşam koşullarına ve yaşam tarzlarına bağlı olan hastalıkların zamana ve yere göre değiştiğine inanmaktadır. Savaşsız yaşayan, güçlü ihtirasları ve aylakları olmayan bir ulusun daha sağlıklı olacağını söyleyen Maret, zenginlerin yoksullara zulmüne de karşı çıkmaktadır:

"*Refah ve hayatın zevkleri içinde öfkeli kibirleri, acı küskünlükleri, her türlü ilkeyi horlamalarının sonucu olan alışkanlıkları ve taşkınlıkları onları her türlü rahatsızlığın yemi haline getirir; kısa zamanda yüzleri çizgilerle kaplanır, saçları aklaşır, hastalıklar daha*

[15] Foucault, M. (2002). Kliniğin Doğuşu. Ankara: Doruk Yayıncılık.
[16] L'Averniere'in Halk Meclisi'ne gönderdiği Tıp Mevzuatı görüşü (1789).

*vakti gelmeden onları biçer.*[17]"

Foucault bu verilerden yola çıkarak Fransız Devrimi'nin hekime verdiği ilk görevin *siyasal* olduğunu belirtmektedir: Hastalıklara karşı mücadele, kötü hükümetlere karşı savaşla başlar. İnsan özgür ise tam ve kesin olarak iyileşmiş olacaktır.

Eşitsizliklerin sona erdiği ve dirlik düzenliğin hüküm sürdüğü özgür bir toplumda tıbbın yalnızca geçici bir rolü olacaktır: Yüreğin ve vücudun dengesi için yasa koyucuya ve yurttaşa tavsiyelerde bulunmak.

Tıp sadece iyileştirme ve bilginin gerektirdiği bilgiler derlemesi olmamalıdır; sağlıklı insan bilgisini, yani hem hasta olmayan insan deneyimini, hem örnek insan tanımını da kapsayacaktır. İnsan sağlığını yönetmede sadece bilge yaşam öğütleri dağıtmasına yetki vermeyen, ama bireyle yaşadığı toplum arasındaki fiziksel ve manevi ilişkileri düzenlemeye hakkı olan kuralcı bir tavır alır. Sınırda bir bölgede yer alır; ama modern, egemen bir insan için organik, pürüzsüz, tutkusuz ve güçlü belli bir mutluluğun ulusun düzeni, ordularının gücü, halkının üretkenliği ve emeğinin sabırla ilerlemesiyle bağlantılı olduğu bir yerdir.

Bu düşüncelerin (veya düşlerin) tıbbın Fransız Devrimi sonrası dönemdeki evriminde büyük etkileri olmuştur. Sonraki yıllarda Fransız Devrimi'nin en soylu ilkeleri ve düşleri toplumcular tarafından benimsenmiş ve toplumcu tıp düşüncesinin temellerinin atılmasında katkıda bulunmuştur.

17 Lanthenas'ın Özgürlüğün Sağlık Üstünde Etkileri Üzerine başlıklı çalışmasından (1792).

*Okuma 3. Halkların Sefaleti: Hastalıkların Anası*[18]

Johann Peter Frank 5 Mayıs 1790 tarihinde Pavia Üniversitesi'nde düzenlenen mezuniyet töreninde tarihsel bir konuşma yapmıştır[19]. Çağına göre birçok yönden oldukça ileri unsurlar içeren bu konuşmasında Frank yoksulluğu hastalıkların anası olarak tanımlamış ve daha sonra toplumcu tıbbın temelini oluşturan hastalıkların insanların *yaşam ve çalışma koşullarından* kaynaklandığı düşüncesini ayrıntılı olarak ortaya koymuştur. Bu konuşma Henry E. Sigerist tarafından Latinceden tercüme edilerek yayınlanmıştır. Aşağıda konuşmadan alıntılar sunulmuştur:

> "Hastalıklar bireylerin aşırılıklarından ileri geliyorsa, neden bireylerin dışındaki kusurlar da ölümlülere ciddi sorunlar yaratıyor? Neden bir sürü hastalık ormanlarda geçirdiğimiz ilkel bir yaşamdan sonra, daha güvenli bir yaşam sürdürmek için kurduğumuz bu toplumdan kaynaklanıyor? Uçsuz bucaksız ormanlarda, bir evi olmadan serserice dolaşan insanlar kuşkusuz birçok hastalıklar yaşadılar, fakat eminim ki hastalıkları bizimkilerden çok daha farklı ve önemli ölçüde daha azdı.
> Sağlık çalışanlarının ana görevi, insanların başına gelen çeşitli hastalıkların kaynağını ve ana nedenlerini ısrarla araştırmaktır, fakat bu seçkin topluluk önünde bunlardan yalnızca birini kısaca ele alacağım: hastalıkların en doğurgan anası olarak insanların sefaleti.
> Kötülüklerin bu ortak kaynağının ülkemizdeki insanlar için bir sır olmadığının farkındayım. Aynı zamanda bu konuşmayı, yardım yalnızca yöneticilerden beklenebileceğinden, başkaları yerine yalnızca yöneticilere yapmam gerektiği şeklinde itirazlar gelebileceğinin de bilincindeyim. Fakat belki yeterince sık söylenemeyen şeyleri size anlatmalıyım. Ve çok uzun yıllar insanların hastalıkları ve sefaletinin aktif gözlemiş biri olarak size çizeceğim resmin daha gerçek renklerini sunabilirim".

---

[18] De populorum miseria: morborum genitrice.
[19] Frank, 1790.

* * *

"Toplumu en ciddi hastalıkların saldırısına karşı akılcı yasalarla korumak ne kadar kolay olurdu. Toplumu hekimlerin üzerlerinde çok az otoriteleri ve güçleri olduğu bu kötülüklerden korumak çok kolaydır... İnsanların aşırı sefaletiyle ilgilenmek, bu konularda bazı planlar boşuna iken, diğerlerinin daha iyi olduğunu kabul etmek istemeyen birçok iyi yurttaşın karnını ağrıtır ve onları zehirli bir solukla yere serer. Yöneticiler -yapabilirlerse- ölümcül hastalık bulaşı tehdidini sınırlardan uzak tutsunlar! Bütün eyaletleri tıp ve cerrahide şöhretli insanlarla doldursunlar! Hastaneler inşa etsinler ve bunları daha iyi idare etsinler! Eczaneleri teftiş yasaları geçirsinler ve yurttaşların sağlığı için diğer önlemleri alsınlar - ancak bir tek şeyi görmezden gelsinler: hastalıkların en zengin kaynağını, insanların aşırı sefaletini ortadan kaldırmayı veya daha tolere edilebilir bir hale getirmeyi. Ve çıkartılan yasaların hiçbir işe yaramadığını göreceksiniz. Her ülkede yurttaşlar arasında bir sosyal düzen vardır. Zenginliğin dağıtımındaki eşitsizlik farklı sosyal sınıfları belirler. En büyük ihtişama sahip Roma İmparatorluğunda dahi birçokları yoksulluğa katlanmak zorundaydı.

Her toplumsal sınıfın farklı yaşam tarzı tarafından belirlenen hastalıkları olduğundan, hangi hükümet tarzı altında olursa olsun, zenginlerin ve yoksulların kendilerine özgü hastalıkları olacağını beklemek zorundayız. Konuşmamı kaçınılmaz toplumsal farklılıklardan kaynaklanan hastalıklara adamayacağım, bunun yerine toplumun en büyük ve en faydalı kesimini ezen aşırı yoksulluğun halk sağlığı için devasa sonuçlarını ele alacağım".

***

"İnsanların aşırı yoksulluğu, aynı suçların en doğurgan anası olduğu gibi, nesli kökünden yozlaştırır. Yurttaşların sayısız hastalıklara yatkınlaşmasına neden olur ve en iyi tıbbi donanımla dahi bu hastalıkları iyileştirmeyi güç ya da olanaksız hale getirir".

* * *

"Yıllardır Spires Prensliğinin ebeleri bana düşükler ve erken doğumlar üzerine eksiksiz raporlar gönderdiler. Rakamları

kıyasladığımda, belli bölgelerde insidansların aynı şehirlerin diğer bölgelerine göre daha yüksek olduğu gerçeği dikkatimi çekti. Bu talihsiz durumun nedenlerini araştırdığımda, nedenin ağır çalışma olduğunu hemen buldum. Kocalar sıklıkla zorunlu çalışmaya tabi tutulduklarından, yalnızca evle ilgili işleri değil aynı zamanda oldukça zor ve yüklü olan tarlalardaki ve ahırlardaki tarımsal görevlerini de, gebeliklerinin son ayına kadar eşlerine bırakmak zorunda kalıyorlardı. Hamile hayvanlar erken doğum yapmamaları için ağır çalışmadan tümüyle uzak tutulurken, onların (atlar, inekler) görevleri sahiplerine yaptırılıyordu. Bir yurttaşın tohumunu taşıyan dişi insanlar, korkunç açlıktan ölmek ya da doğurgan bedenlerini karasabanın boyunduruğuna bağlamak zorundaydı.

Doğuracak kadınları daha da büyük kötülükler bekler. Besinsizlikten ve ağır çalışmadan bitap ve düşkün bir halde en büyük göreve hazırlanır. Ayyaş veya cahil bir ebenin elinde, tavsiye yok, arkadaş yardımı yok, sempati yok. Hayvanların en azından fetüslerini bırakabilecekleri hava şartlarına karşı korunmuş kendilerine ait bir köşeleri vardır. Dişi insan, Anavatanın bir yurttaşı ise, çoğu kez sığırların arasında, soğuk ve açıkta doğum yapmak zorunda kalmaktadır. Ve doğum sırasında doğanın tek başına üstesinden gelemeyeceği en ufak bir kaza meydana gelirse, bebeği daha bir nefes dahi alamadan, bebeği ile birlikte ölür.

Doğumun güvenli bir şekilde gerçekleştiğini varsayalım. Loğusa kadınları, genellikle yoksul bir yurttaşın aldığından daha fazla bir bakım almadıkları takdirde hala birçok farklı tehlike beklemektedir".

* * *

"Devlet halkın yoksulluğunu, hastalıkların en güçlü anasını ülkeden kovsun! Böylece annelerin doğurgan rahmi güçlü ve çok sayıda çocuk doğursun. Kaslı kolların süreceği tarlalar serpilsin. Hastalıklar ahlaksız kentlere geri dönsün. Neşe, erdem, vatanseverlik ve yurttaşların eski sağlığı yerine gelsin".

**Sağlığın/Hastalıkların Toplumsal Belirleyicileri**

Bilim ve teknoloji insanların binlerce yıl önce nasıl yaşadıkları hakkında detaylı bilgiler sunmaktadır. Özellikle yazının bulunmasından sonraki dönemlere ilişkin oldukça geniş bilgilere sahibiz. Bu bilgiler, eski toplumların sağlığı/hastalıkları *ilahi* olaylar olarak tanımladıklarını göstermektedir. Örneğin bilinen en eski uygarlıklardan biri olan Sümerler, tanrılar tarafından yasaklanan şeyleri yaptıklarında cezalandırdıklarına ve bu nedenle hasta olduklarına inanıyorlardı[20]:

*"Yaratıcı tanrı ilk insanı çamurdan yaratmış, sonra da bu insanın içine yaratıcı nefes üflemişti. Yaratılışın bu 'nefes üfleme bölümü', daha küçük ölçüde olmak üzere, her doğumda ortaya çıkmakta idi. Doğan bebeğe bu nefesi üfleyen tanrı, yaşamı boyunca onun özel tanrısı olurdu. Onunla ilgilenir, onu korurdu. Ancak bu ilginin sürmesi, o tanrıya karşı tüm görevleri eksiksiz yerine getirmekle olanaklı idi. Yaşamı süresince kişi her an sayısız sakıncalarla karşı karşıya kalmaktadır. Eğer koruyucu tanrının koruması ortadan kalkarsa, bu sakıncalar etkili olur ve kişi hastalanır".*

Günümüzden 2.500 yıl kadar önce Ege kıyılarında yaşayan insanların olaylar ve olgulardan doğa-üstü güçleri sorumlu tutmak yerine, bunları *doğal* süreçler olarak görmeye başlamalarıyla birlikte hastalıklar ve erken ölümlerin nedenlerine ilişkin yaklaşımlar da değişmeye başlamıştır. Olaylar ve olgular üzerine *akıl yürütmeye* başlayan Yunanlılar, tanrılara saygıda kusur etmemekle birlikte, hastalıkların nedenlerini de doğada aramaya girişmişler, böylece sağlığı "*göklerden yere indirerek*" iklim ve çevresel koşulların, beslenme alışkanlıklarının vb. sağlıkları üzerinde etkili olabileceğini düşünmeye başlamışlardır.

*"Hippocrates hekimlik bilimini boş inançlardan ve temelsiz varsayımlardan kurtararak, gözleme önem ve öncelik veren bir yöntem geliştirmiştir. Onun yöntemi kendi açıklamasına göre iki sözcükten oluşmaktadır: gözlem ve usavurma (muhakeme)"*[21].

Ancak bu gelişme uzun ömürlü olamamıştır. Ortaçağda Hıristiyanlığın ortaya çıkmasıyla birlikte Hipokratik gelenek İncil ile ters düşmeye baş-

[20] Bkz. Eren, 1996.
[21] Bkz: Eren, 1996.

lamıştır. İncil'de birçok hastalığın nedeninin açıkça tanrının kızgınlığı veya şeytanın şerri olarak gösterilmesi nedeniyle, hastalıkların tedavisinde doğa-üstü güçlerden yardım istemenin önü yeniden açılmıştır. Bu durumda Hipokratik geleneği ortaçağ koşullarına uyarlama görevi Galen'e kalmıştır. Kendisinden önceki Romalı hekimlerin icat ettiği ruh kavramını (*pneuma*) Hipokratik öğelerle (*suyuklar*)[22] kaynaştıran –uzlaştıran da denebilir- Galen, dinin hoş görebileceği bir tıp yaratmıştır[23].

Bin yıl kadar süren bu karanlık dönemden sonra bilim karşısında daha fazla direnemeyen kilise, varlığını koruyabilmek için dogmalarından bir kısmını feda etmek zorunda kalmıştır. Ancak bu dönemde dünyayı mekanik olarak anlamaya başlayan insan, başta kendi bedeni olmak üzere sağlığa ilişkin her şeye mekaniğin merceğinden bakmaya başlamıştır.

Çağdaş düşünürler arasında önemli bir isim olan Michael Foucault'ya (1926 – 1984) göre modern tıp on-yedinci yüzyıl sonlarında doğmuştur. Bu dönemde hastalıkların doğası üzerine binlerce yıllık birikimin ürünü olan görüş ve düşünceler geri dönülmez bir şekilde değişmeye başlamış ve günümüz tıbbının temelleri atılmıştır[24].

İnsanlık tarihi boyunca insanın başa çıkmak zorunda kaldığı en önemli sağlık sorunlarının başında kuşkusuz bulaşıcı ve salgın hastalıklar gelir. Özellikle insanların daha büyük topluluklar halinde yaşamaya başlamaları (kentleşme) ve bu topluluklar arasındaki ilişkilerin artmasıyla (ticaret) birlikte bulaşıcı ve salgın hastalıklar tıbbın öncelikli sorunları arasında ilk sıralara yerleşmiştir. İnsanların bu hastalıkları artık tanrıların gazabı olarak görmeyi bırakmaya başladıkları on-sekizinci yüzyılda, tıbbın bu sorunlara ilişkin düşüncesi şudur:

...salgınlar "*aynı anda çok sayıda insanı tutan ve değiştirilemez özelliklere sahip hastalıklardır*"[25]. Yani bireyde görülen bir hastalıkla, geniş insan topluluklarını etkileyen salgınlar arasındaki fark yalnızca "niceliktir".

---

[22] Hipokratik gelenek insan bedeninin 4 suyuktan oluştuğuna inanır: kan, balgam, sarı safra ve kara safra.

[23] İslam bilginlerinin büyük ölçüde Galen tıbbını benimsemeleriyle benzer bir gelişme islam dünyasında da yaşanmıştır.

[24] Bkz. Foucault, 2002.

[25] Le Brun'dan (1776) aktaran Foucault, 2002.

Bu dönemde tıp dünyasında hastalıkların bir hastadan, sağlıklı bir bireye bulaşabileceği düşüncesi yaygın kabul görmemektedir. Bunun yerine hastalıkların (ve dolayısıyla salgınlar) Yunanlı hekimlerden beri alışılageldiği gibi su, besinler, temas, rüzgarlar veya durgun hava yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak ortaya çıktığına inanılmaktadır[26]. O halde gerek hastalıklar ve gerekse salgınlarla mücadelenin özünü, bunların ortaya çıkış koşulları üzerine gitmek oluşturmalıdır. Böylece hastalıkların ve salgınların ortaya çıktığı koşulların incelenmesi ve bu koşullara gerekli müdahalelerin yapılması gerektiği düşüncesi öne çıkmıştır.

Fransa Kraliyet Tıp Cemiyeti bu kuramsal çerçeveye dayanarak, on sekizinci yüzyıl sonlarından itibaren hastalık gözlemleriyle, belirli coğrafi alanları ve bu alanların özelliklerini ilişkilendiren *tıbbi topografiler* yayınlamaya başlamıştır[27]. Havayı kirleten ve dolayısıyla ölümlere neden olan etmenler arasında Seine nehrine yakınlık, rüzgarlar, yükseklik, mevsimsel ısı değişimleri, nem, hava-su ve toprak kalitesi, nüfus yoğunluğu gibi özellikler tanımlanmaktadır.

Claude Lachaise 1822'de *Paris'in Tıbbi Topografisi*'ni yayınlayarak, mortaliteyi doğrudan caddelerin darlığı, konutların yüksekliği ve hanehalkı büyüklüğüne bağlamıştır. Villermé[28] ise bu değişkenlerin aslında

---

[26] Bu süreçte hekimler arasında hastalıkların nedenlerine ilişkin iki görüş vardır:
- Hastalıklar kaynağı canlı süreçlerdir
- Hastalıkların kaynağı çevredir (miyazmalar)

Bu görüşlerden ilki zaman zaman yeni bulgular ortaya çıktıkça tıp dünyasında öne çıkarken, ikincisi (çevre) daha baskın olup, bin yıldan uzun bir süredir hekimliğe egemen olan Hipokratik miyazma kuramlarıyla tam bir uyum içindedir. Buna göre çürüyen organik maddelerden türeyen ve kokularıyla tespit edilebilecek olan miyazmalar (kötü kava), atmosferde taşınarak belirli coğrafi alanlarda yoğunlaşmakta ve hastalıklara neden olmaktadır.

[27] Hükümetin bu girişimleri akademisyenler tarafından hoş karşılanmamıştır. Kraliyet Tıp Cemiyeti'nin etkinliklerini, hükümetin tıp ve hekimlik üzerinde otorite kurma çabası olarak algılayan akademisyenler, bu durumu protesto amacıyla tıp fakültelerinde üç ay greve gitmişlerdir. Bunun üzerine hükümet tıp fakültelerinin gelirlerini kısarak dize getirmiştir.

[28] Louis-René Villermé (1782 – 1863). Paris'te doğan ve ilk gençlik yıllarını Fransız Devrimi'nin en ateşli günlerinde yaşayan Villermé, 1801 – 1804 yılları arasında tıp eğitimi aldıktan sonra meslek yaşamına askeri hekim olarak başlamıştır. Hekimliğini önce cerrah olarak sürdüren Villermé, 1818 yılında araştırmacılığa yönelmiş ve Tıp Akademisi üyeliğine seçilmiştir. 1829 yılında *Hijyen Yıllıkları*'nı yayınlamaya başlamış, 1834 yılından itibaren sanayileşmenin toplumsal yaşam ve sağlık üzerine etkilerini inceleyen araştırmalar yapmıştır.
Araştırmacılığının ilk yıllarında çalışmalarını hapishanelerin sağlık koşulları üzerine



Louis-René Villermé

mortalite üzerine etkili olmadığını, fakat ekonomik imtiyaz veya sefaletin mortalite üzerindeki etkisini gizlediğini düşünmektedir.

Villermé, 1817 nüfus sayımı, emlak kayıtları ve 1820 mali istatistiklerini kullanarak bir çalışma yapmaya karar verir. 1817 - 1826 yılları arasındaki ölüm kayıtlarını çıkartır, nüfus yoğunluklarını hesaplar ve kira ve vergi verilerinden bireylerin gelir durumlarını belirler. Villermé bu verileri analiz ettiğinde, maddi durumu iyi olanlarla (örneğin zengin semtlerde oturanlar, vergi ödeyenler) yoksullar (örneğin kira ödeyenler, mülksüzler) arasında ölüm hızları bakımından açık bir farklılık bulur. Villermé bu çalışmasının sonunda şu tarihsel sonuca ulaşır: *Mortalite üzerine miyazmatik faktörlerin değil, fakat yoksulluğun etkisi vardır.*

Şüphesiz hastalıklarla yoksulluk arasındaki ilişki Villermé'den çok önceleri fark edilmişti. Frank yoksulluğu yıllar önce *hastalıkların anası* olarak tanımlamıştı. Fakat günümüzde dahi yoksulluğun sağlık/hastalık ve mortalite üzerine etkili olduğunun söylenmesinin bazı ülkelerde *halkı*

---

yoğunlaştıran Villermé, mahkumların yüksek ölüm hızlarının, bulundukları hapishane tipiyle açıklanabileceğini ve yıllar içinde bu ölüm hızlarındaki düşüşün cezaevi koşullarındaki iyileşmeden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Bunları 1820 ve 1829 yıllarında iki makale ile yayınlamıştır.
1830'lu yıllarda mortalite ile çeşitli çevresel (iklim, coğrafya vb) ve ekonomik (gelir, mülkiyet vb) değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyerek, mortalite üzerine etkili olabilecek faktörleri ortaya koymaya çalışmıştır. Yaşamının sonraki yıllarında emekçilerin sağlık durumu ile ilgilenmiş ve sanayileşmenin getirdiği yeni çalışma koşullarının emekçilerin sağlığı üzerine etkilerine ilişkin ilk bilimsel çalışmayı yayınlamıştır. 1840 yılında yayınlanan *Pamuk, Keten ve İpek Değirmenlerinde Çalışan İşçilerin Fiziksel ve Moral Durumu* başlıklı çalışmasında emekçilerin çalışma ve yaşam koşullarını incelemiş ve çalışılan işe göre yaşam beklentisi tabloları oluşturmuştur. Bu çalışma 1841 yılında Fransa'da çocuk emeğini düzenleyen ilk yasanın hazırlanmasında büyük bir rol oynamıştır.

*kışkırtma suçu* olarak kabul edildiği düşünülürse, on dokuzuncu yüzyılın ilk çeyreğinde bu çalışmanın tepkisiz kalmayacağı kolayca tahmin edilebilir.

Gerçi bu dönemde Villermé yalnız değildir; Fransa'da Val-de-Grâce askeri hastanesinde başeczacı olarak görev yapan Julien-Joseph Virey (1775–1846) ve fizyolog Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757 - 1808) gibi aydınlar da Villermé gibi düşünmektedir. Bunlardan Cabanis daha 1804 yılında *hastalıklar toplumun yanlışlarına bağlıdır* demiştir.

Çalışmaya gelen eleştiriler, araştırmanın yöntemine ve araştırma sonunda varılan yargılara ilişkindir. Örneğin bir adli hekim olan Henri-Louis Bayard (1812 - 1852), Villermé'in araştırma kapsamına aldığı bölgelerin böyle bir sonuca ulaşmak için çok geniş olduğunu ve araştırma süresinin kısa olduğunu, çok uzun yıllar çalışılması gerektiğini savunmuştur.

Diğer yandan Fransız Devrimi'nin ateşli günleri sona ermiş, devrim sırasında aristokratlara karşı emekçileri yanlarına alan burjuvalar, iktidara yerleştikten sonra bu kez egemenlikleri için bir tehdit olarak gördükleri emekçilere karşı aristokratlarla uzlaşmışlardır. Bazıları böyle bir ortamda Villermé'in ulaştığı sonuçlar doğru olsalar dahi, yayınlanması ve tartışılmasının toplumsal düzen için tehlikeli sonuçlar doğurabileceğini düşünmektedir. Kuşkusuz Akademi üyesi bir liberal olan Villermé'in amacı yoksulları zenginlere karşı kışkırtmak olamaz, fakat yine de hastalıkların zenginleri kayırdığı düşüncesi *tehlikeli* bir düşüncedir.

Şüphesiz 1800'lerin başlarında bilimsel araştırmalarda kullanılan istatistik teknikleri oldukça ilkeldi. Yıllar sonra iki Fransız bilim insanı, Chantal Julia ve A-J Valleron, Villermé'in verilerini kullanarak yirmi birinci yüzyılın istatistik yöntemleriyle varılan sonuçları bir kez daha değerlendirmişlerdir. Araştırmaları sonucunda vergi endeksi ($r = -0.83$, $p < 0.002$), ortalama kira ($r = -0.83$, $p < 0.002$) ve ticari vergi endeksi ($r = -0.67$, $p < 0.05$) ile ölümler arasında istatistiksel olarak Villermé'in düşündüğünden çok daha anlamlı bir ilişki ortaya koymuşlardır[29].

Villermé'in sağlık/hastalık ve mortalite ile sosyoekonomik durum gibi toplumsal etkenler arasında kurduğu ilişki, *toplumcu sağlık anlayışının*

---

[29] Julia, 2011.

oluşumunda en önemli köşe taşlarından birini oluşturur. Ancak bu ilişkinin kurulmasından sonra atılacak adım noktasında daha alınması gereken uzun bir yol vardır. Öncelikle, iki olgu veya olay arasında (örneğin sosyoekonomik durum ve mortalite) bir ilişkinin bulunduğunun belirlenmesi, yani bu olayların veya olguların tesadüfen değil "gerçek" bir ilişkiyle bir arada görüldüklerinin anlaşılması, çok önemli olmasına karşın, *tek başına* bir anlam ifade etmez.

Bu noktada yanıtlanması gereken iki soru ortaya çıkar: *Birincisi* bu olaylardan hangisi diğerini *öncelemekte*, diğerine neden olmaktadır sorusu (yani insanlar hasta oldukları için mi yoksullaşıyor, yoksa yoksullukları nedeniyle mi hastalanıyorlar) ve buna bağlı olarak *ikincisi*, iki olgu veya olay arasındaki ilişki hangi *mekanizmayla* açıklanabilir?

Bu tür soruların kesin yanıtlarına ulaşabilmek, soruların *doğası* gereği çok zor ve zahmetlidir. Özellikle laboratuar şartları içinde değerlendirilmeleri mümkün olmayan toplumsal olgu ve olaylar işin içine girdiğinde, çoğu kez belli bir yerden sonra kesin kanıtlara ulaşılamadığında, çoğu insan gibi bilim insanlarının da düşünce süreçleri üzerinde inanışları ve dünya görüşleri etkili olmaktadır.

Geçmiş yüzyıllarda hastalıkların etiyolojisinde bulaş teorilerini kabul edenler ve etmeyenler arasındaki tartışmaları değerlendiren Ackerknecht, her iki teorinin birbiri üzerinde açık bir üstünlük kuramadığı 1850'li yıllarda, bir hekimin bu teorilerden birini benimsemesi ve mesleki pratiğine yansıtmasında belirleyici olanın, hekimin *sınıfsal konumuyla* açıklanabilecek ideolojik eğilimi olduğunu belirtmektedir. Bu dönemde bulaş karşıtı teorilerin zaferi, hekimlerin çoğunluğunun liberal ve burjuvalardan oluşmasıdır ve bulaş karşıtı teorilerin bilim dünyasında yükselişi ve düşüşü, politik arenada liberalizmin yükselişi ve gerilemesiyle paralellik göstermektedir.

Villermé'in yargısı, yani mortalitenin yoksullar arasında zenginlerden daha yüksek olmasının, toplumsal faktörlerin mortalite üzerinde bir etkisi olduğu şeklindeki yorumlanışı kabul edilse dahi, bu toplumsal faktörlerin bu etkiyi nasıl yaptıkları (*etki mekanizması*) tartışma konusu olmaya devam eder. Bu mekanizmalar ortaya konamadığı takdirde, *doğru bir*

*yoldan yüründüğü halde, yanlış bir hedefe varılabilir.*

Liberal ideolojiyi benimseyen ve bu çerçevede yoksulluğun nedenini ahlaksal bakımdan düşkünlük (ahlaksızlık, ayyaşlık, hovardalık, tembellik, kötü alışkanlıklar) olarak yorumlayan Villermé, bu sorunların üstesinden yoksulların bireysel çabaları ve ülkenin daha fazla sanayileşmesiyle gelinebileceğini düşünmekte, toplumsal iyileştirmeye yönelik kamusal projelere sıcak bakmamakta ve devletin toplumsal yaşama müdahale etmemesi gerektiğine inanmaktadır. Oysa çağdaşı Virchow soruna bambaşka bir cepheden bakacaktır...

*Okuma 4. Tembellik Hakkı*[30]

Dr. Villermé, işlikler kenti Alsace'dan, hani şu insanseverliğin ve sanayi cumhuriyetçiliğinin gülleri Kestnerlerin, Dollfuslerin Alsace'ından söz ediyor. Ama doktor işçilerin yoksunluğunu önümüze sermeden önce, eski endüstri zanaatçısının durumunu anlatan Alsacelı bir işlik sahibine, Dollfus-Mieg Şirketi ortaklarından Th. Miege kulak verelim:

"Mulhouse'da, bundan elli yıl önce (1813'te makineli modern endüstri doğarken), işçilerin hepsi, kentte ve çevredeki köylerde oturan ve hemen hepsi, bir evi, çoğu kez bir küçük tarlası olan toprağa bağlı kişilerdi."

Çalışmanın altın çağıydı o dönem. Ama o günler, Alsace, endüstrisi ve pamuklularıyla dünyayı mala, Dollfuslarını, Koechlinlerini milyonlara boğmuyordu. Ama yirmi beş yıl sonra, Villermé, Mulhouse'a gittiğinde, modern minotaure kapitalist işlik, ülkeyi fethetmişti; insan çalışmasına olan susuzluğu içinde işçileri yuvalarından koparıp almıştı, onları daha bir eğip bükmek, içlerine çalışma isteğini daha bir sokabilmek için. İşçiler makinenin sesine koşuyorlardı binler ve binlerce.

"Bunların büyük bir bölümü, 17 binde 5 bini," diyor Villermé, "kiraların yüksekliği yüzünden, komşu köylerde oturmak zorundaydılar. Kimileri de, çalıştıkları işlikten bir buçuk fersah ötelerde oturuyordu."

"İş, Mulhouse'da, Dornach'ta, yaz-kış sabahın beşinde başlıyor, akşamın beşinde sona eriyordu... Her sabah kente gelişlerini, her akşam dönüşlerini görmeli. Aralarında, solgun benizli, bir deri bir kemik kadınlar var, hepsi de çamur deryasında yalınayak yürüyen, yağmur ya da kar yağdığında, şemsiyeleri olmadığı için, yüzlerini ve boyunlarını korumak için önlüklerini ya da etekliklerini başlarına geçiren kadınlar. Onların yanı sıra, onlar kadar kire pasa batmış,

[30] Lafargue, 1999.

solgun benizli, partallar içinde, üstleri başları makine yağlarına bulanmış sürü sürü gencecik çocuk var. Bunlar, su geçirmez giysileri altında yağmurdan daha iyi korunuyorlar. Sözünü ettiğimiz kadınlar gibi koltuklarının altında günlük yiyecekleri bile yok. Yalnızca, eve dönünceye kadar ağızlarına atacakları ekmek parçasını ellerinde tutuyor ya da ceketlerinin altında saklıyorlar."

"Böylece, en az 15 saat sürdüğüne göre, upuzun bir günün yorgunluğuna, bu zavallılar için, sık sık zahmetli gidiş gelişlerin yorgunluğu da ekleniyor. Sonunda, akşamları evlerine uyuma gereksinimiyle yorgun argın dönüyor ve ertesi gün, açılma saatinde atölyelerde bulunmak üzere evden çıkıyorlar, doyasıya dinlenmeden."

İşte şimdi, kentlerde oturanların üst üste, tıkış tıkış yaşadığı berbat konutlar:

"Mulhouse'da, Darnach'ta ve komşu evlerde, iki ailenin birer köşede, iki tahta arasında yere serpilmiş samanlar üzerinde yattığını gördüm. Haut-Rhin ilinde pamuk sanayisi işçilerinin içinde yaşadıkları aşırı yoksulluk, şu yürekler acısı sonucu doğuruyordu: Üretici tüccarların, kumaşçıların, fabrika müdürlerinin ailelerinde yaşayan çocukların yarısı 21 yaşına basarken, dokumacı ve pamuk iplikçisi ailelerdeyse, aynı çağdaki çocukların yarısı iki yıl önce ölüp gidiyorlardı."

Villermé, işlik çalışmalarından söz ederken, şunları ekliyor:

"Oradaki çalışma, bir iş, bir görev değil, bir işkencedir. Ve bu işkenceyi altı ile sekiz yaş arasındaki çocuklara uyguluyorlar. Bu, özellikle pamuk ipliği işliklerinde çalışan işçileri yıpratan, her Tanrının günü çekilen sonu gelmez bir işkencedir."

Çalışma süresi konusunda da Villermé, ceza sömürgelerinde kürek mahkûmlarının günde 6 saat, Antiller'deki kölelerin 9 saat, oysa 1789 Devrimi'ni gerçekleştirmiş ve o gösterişli İnsan Hakları'nı ilan etmiş olan Fransa'da, bir buçuk saat yemek molasıyla birlikte, atölye işçilerinin günde 16 saat çalıştırıldıklarını saptıyor.

*Okuma 5. Fransa'da Çocuk Emeği*

Fransa sanayileşme yolunda İngiltere'yi izleyen ilk ülkelerden biridir ve on dokuzuncu yüzyılda büyük sanayi ülkeleri arasına girmiştir. İngiltere'de olduğu gibi Fransa'da da sanayileşme ile birlikte çocuk emeğinin üretimdeki payı giderek artmaya başlamıştır. Liberal ideolojinin egemenliğinin doruklarında bulunduğu bu yıllarda, devletin ekonomik yaşama müdahalesi hoş karşılanmamakta ve sanayide istihdam edilen çocukları koruyacak yasal düzenlemeler şiddetle reddedilmektedir.

Buna karşın 1830'larda bazı "*vicdan sahibi*" liberaller çocuk emeğine ilişkin düzenlemeler yapılması için harekete geçmişler ve Fransa'da 1841 yılında çocukları kapitalist sömürüden nispeten sakınan ilk yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Böylece 8 (sekiz) yaşından küçüklerin fabrikalarda işçi olarak çalıştırılması, 12 (on iki) yaşından küçüklerin günde sekiz saatten, 16 (on altı) yaşından küçüklerin günde 12 saatten fazla çalıştırılması yasaklanmıştır. 1841 yılında Fransa'da çocuk işçi sayısı 150 bin kadar olup, işçilerin % 12'sini oluşturmaktadırlar[31].

Kuşkusuz bir yasanın çıkması, bu yasanın gereklerinin mutlaka yerine getirileceği anlamına gelmez. Denetimi maaşları işverenler tarafından ödenen işyeri müfettişlerine bırakılan bu yasanın uygulanabilmesi için daha çok çaba sarf edilmesi gerekecektir. Yasaya hem ucuz emek gücü kiralama "*hakları*" ellerinden alınmak istenen işverenler, hem de çalışan çocukları sayesinde evlerine daha fazla para götürebilen işçiler karşı çıkmaktadır. Yasanın kısmen de olsa yürürlüğe girebilmesi için 1848 devriminin patlak vermesi gerekecektir, fakat devrimin yenilgisiyle yasa rafa kalkmasa da, uygulanması yine işverenlerin insafına bırakılmıştır.

Devrimin bastırılmasına karşın Paris'te sular durulmamış, emek hareketi giderek bir sınıf hareketi niteliğine bürünmeye başlamış-

[31] Bkz. Weissbach, 1997; Centel, 1982.


Friedrich Engels

tır. Artık çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin ötesinde *iktidar* talep eden Fransız işçi sınıfını, bu taleplerinden vazgeçirebilmek amacıyla bazı tavizler vermek zamanıdır ve 1868 yılında Ticaret Bakanlığı yeni bir çocuk emeği yasası çıkartarak fabrikaların denetimini maaşlarını işverenden değil *devletten* alan maden mühendislerine vermiştir.

Bu ve benzeri düzenlemeler (tavizler) sınıf hareketini durduramaz ve Fransız işçi sınıfı tarihte ilk kez 1871 baharında Paris'te iktidara el koyar. Ancak işçi sınıfı iktidarı elinde tutmayı başaramaz ve kısa sürede yenilir. Bu deneyim işverenlere, emekçilerin yaşama ve çalışma koşullarını iyileştirmezlerse egemenliklerini uzun süre devam ettirmelerinin mümkün olamayacağını bir kez daha göstermiştir.

**Kaynaklar**

**Aittomaki, A. (2008).** *Social Class Inequalities in Ill Health – the contribution of physical workload (A doctoral thesis).* Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Helsinki. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20322/socialcl.pdf?sequence=1. (Erişim: 6 Şubat 2013).

**Akalın, MA. (1997).** *Ütopya'da Sağlık.* Toplum ve Hekim, 12(78): 62 – 65.

**Bacon, F. (2008).** *Yeni Atlantis.* İstanbul: Kabalcı.

**Birn, AE. (2009).** *Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Social Medicine,* 4(3): 166 – 182.

**Campanella, T. (2005).** *Güneş Ülkesi.* İstanbul: Kaynak.

**Carroll, PE. (2002).** *Medical police and the history of public health.* Medical History, 46: 461 – 494.

**Centel, T. (1982).** *Çocuklar İle Gençlerin İş Güvenliği.* İstanbul: Fakülteler Matbaası.

**Eren, N. (1996).** *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan.* Ankara: Somgür.

**Engels, F. (2012).** *Ütopik Sosyalizm ve Bilimsel Sosyalizm.* Ankara: Sol Yayınları.

**Foucault M. (2002).** *Kliniğin Doğuşu.* Ankara: Doruk Yayınları.

**Frank, JP. (1790).** *The Peoples Misery: Mother of Diseases.* http://www.deltaomega.org/ documents/ mother.pdf. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Freedman, LP. (1995).** *Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights.* Health and Human Rights, 1(4): 314 – 348.

**Hancock, T. (2001).** *People, partnership and human progress: building community capital.* Health Promotion International. 16: 275–80.

**Huberman, L. (2005).** *Sosyalizmin Alfabesi.* Ankara: Sol Yayınları.

**Julia, C. ve Valleron, AJ. (2011).** *Louis-René Villermé (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century.* Journal of Epidemiology and Community Health, 65(8): 666 - 70.

**Kogevinas, M., Pearce, N., Susser, M. ve Boffetta, P. (Ed) (1997).** *Social Inequalities and Cancer.* IARC Scientific Publications No. 138: 65–176.
**Krieger, N. ve Birn, A. (1998).** *A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848.* American Journal of Public Health, 88(11): 1603 - 1606.
**Lafargue, P. (1883 [1999]).** *Tembellik Hakkı.* (Çev. Vedat Günyol). İstanbul: Çağdaş Matbaacılık.
**More, T. (2005).** *Ütopya.* İstanbul: Kaynak.
**Oppenheimer, GM., Bayer, R. ve Colgrove, J. (2002).** *Health and Human Rights: Old Wine in New Bottles?.* Journal of Low, Medicine & Ethics, 30: 522 - 532.
**Sigerist, HE. (1941).** *Medicine and Human Welfare.* New Haven: Yale University Press.
**Şenel, A. (2001).** *Çağdaş Siyasal Akımlar.* Ankara: İmaj Yayınevi.
**Venkatapuram, S. (2009).** *A Bird's Eye View. Two Topics at the Intersection of Social Determinants of Health and Social Justice Philosophy.* Public Ethics, 2(3): 224 – 234.
**Weissbach, LS. (1977).** *Child Labor Legislation in Nineteenth-Century France.* The Journal of Economic History, 37(1): 268 – 271.

# 2. Bölüm
# Toplumcu Tıbbın Doğuşu

*Toplumcu tıbbın temeli günümüzden 160 yıl kadar önce, tıp üzerine hiçbir eğitimi olmayan, fakat dünyaya oldukça farklı bir açıdan bakmayı deneyen 24 yaşındaki genç bir Alman tarafından atılmıştır: Friedrich Engels.*

1820 yılında Almanya'da dünyaya gelen Engels, 1837 yılında felsefe tahsilini yarım bırakarak dokuma sanayisinde bir iş adamı olan babasının yanında çalışmaya başlamıştır. Askerliğini yaptıktan sonra 1842 yılında aile şirketinin işlerine yardımcı olmak için sanayi devriminin merkezi olan Manchester'a (İngiltere) gider. Bu yıllarda İngiltere tekstil sektöründe dünya devidir. Tarımsal üretimin yoğunlaşması ve merkezileşmesiyle birlikte pazarlarda rekabet güçlerini yitiren küçük çiftçiler Manchester gibi sanayi kentlerine akın etmiş, bu kentlerin nüfusları altyapılarının kaldıramayacağı ölçüde artmıştır. Bütün bunlara on dokuzuncu yüzyılın en büyük ekonomik bunalımı da (1841/1842) eklenince ortaya o güne dek görülmedik bir sefalet tablosu çıkmış, bu sefalet başta Charles Dickens olmak üzere birçok yazarın kaleminden İngiliz edebiyatına yansımıştır[1].

Hekimler de emekçilerin sefaletine ilgisiz kalmamışlar, emekçilerin olumsuz sağlık koşullarına ilişkin çalışmalar yapmışlardır. Örneğin Dr. James Kay-Shuttleworth (1804 - 1877), 1832 yılında *Manchester'da Tekstil İşçilerinin Ahlaki ve Fiziksel Durumu* başlıklı bir çalışma yayın-

[1] Dilimize de çevrilmiş olan Oliver Twist (1839) ve Antikacı Dükkanı (1841) bunlar arasında sayılabilir.

lamıştır[2]. Kolera salgınının patlak verdiği bu yılda, havasız ve ışıksız ortamlarda çalışan emekçilerin aşırı iş yükü ve yetersiz beslenme nedeniyle fiziksel olarak tükendiklerini ve bu nedenle salgını atlatamadıklarını belirtmiştir.

Bu sefil ortamda Chartistler[3] ve Owencılar[4] *daha adil bir toplum* için mücadele ederken, hükümetin 1834 yılında kabul ettiği yeni *Yoksulluk Yasası*[5], yoksulların durumunu daha da güçleştirmiştir. Yasanın uygulan-

---

[2] *The moral and physical condition of the working-class employed in the cotton manufacture in Manchester*. Engels İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu başlıklı kitabında bu çalışmadan çok sayıda alıntı yapmıştır.

[3] Viktorya İngiltere'sinde ortaya çıkan önemli işçi hareketlerinden biridir. 21 yaşını bitiren herkese oy hakkı talep eden hareket 1848 öncesinde önemli eylemlere imza atmıştır.

[4] Robert Owen (1771 – 1858) günümüzdeki sosyal demokrat akımın en önemli öncülerinden biridir. Ayrıca bkz: Giriş bölümü.

[5] Dünyada sosyal yardımların ilk kez sistematik olarak düzenlendiği yer, 17. yüzyıldan başlayarak bir dizi yoksulluk yasaları ile bu alana özgü düzenlemeler yapmış olan İngiltere'dir. İngiltere'de sosyal yardımların temel çerçevesi 1601 yılında çıkarılan Yoksulluk Yasası ile çizilmiştir. Söz konusu yasa çalışmayı temel alarak üç ana yardım biçimini esas almıştır. Buna göre her kilise cemaati bölgesi kendi bölgesinde çalışabilir durumda olan kimselere iş bulmak, yaşlı ve sakatlar için yoksul evleri işletmek, bakımsız kalmış çocukların çıraklık eğitimlerini üstlenmekten sorumludur. Yoksullar iki kategoride ele alınmakta ve yardımları hak edenler ve hak etmeyenler şeklinde ayrılmaktadırlar:

- Güçsüz/aciz yoksullar, düşkünler evi (almshouses) veya yardım evleri dışında verilen yardımlar (outdoor reliefs) aracılığı ile yardım edilen, çalışamayacak durumda olan hasta ve yaşlı kimseler.
- Çalışabilir acizler (paupers) ve çalışabilir durumda olan fakat çalışmayanlar (bunlar davranışlarının yanlış olduğunun farkına varana kadar cezalandırılacaklardı).

Yoksullara yardım için yapılan yasal düzenlemeler liberallerin sert eleştirilerine maruz kalmıştır. Adam Smith ikamet yasasını, emeğin serbest dolaşımını ortadan kaldırması nedeniyle piyasa ekonomisi için bir engel olarak görmektedir. Smith için emeğin dolaşımının kısıtlanması aynı zamanda mal dolaşımının da kısıtlanması anlamına gelmektedir. Townsend ve Malthus da yoksul yasalarını nüfus artışına sebep olduğu gerekçesiyle eleştirmektedirler. Bu düşünsel temeller üzerinden yoksul yardımı sistemi için 1832 yılında kurulan bir komisyon, Speenhamland yardımlarını ifade eden çalışma evleri dışındaki yardımlar (outdoor relief) hakkında bilgi toplamak üzere görevlendirilmiştir. Hazırlanan raporlar neticesinde 1834'te Yoksul Yasasını Islah Yasası çıkartılmıştır. Bu yeni yoksulluk yasasının liberal sosyal politikanın yerleşmesi konusunda iki temel yöntemi vardır:

- Speenhamland sisteminin çalışan yoksulları düşkün konuma ittiği söylenilen "çalışma evleri dışında yardım" (outdoor relief) uygulamasına son vermek.
- "Daha az hak sahipliği ilkesi" (the principle of less eligibility) olarak ifade edebileceğimiz ilkeyi hayata geçirmek. Daha az hak sahipliği ilkesi; yoksulları özgür ücretli emekçi haline getirmektir.

masının gözetimi, kurulan *Yoksulluk Yasası Komisyonu*'na verilmiştir. 1834 –1847 yılları arasında faaliyet sürdüren Komisyon'un sekreterliğine Edwin Chadwick (1800 - 1890) getirilmiştir.

1837/8 yıllarında İngiltere'nin büyük şehirlerinde grip (influenza) ve tifo salgınları patlak verir. Hükümet Chadwick'i salgın araştırmasının başına getirir ve Chadwick 1842 yılında halk sağlığını çok uzun yıllar etkisi altına alacak olan ünlü *Çalışan Nüfusun Sağlık Durumu* raporunu yayınlar.

Engels, Manchester'da kaldığı iki yıla yakın bir süre içinde emekçilerin yaşam ve çalışma koşullarına ilişkin edindiği izlenimlerini, Chadwick Raporu ve bu dönemde İngiltere'de yayınlanan diğer çalışmalardan ve bu dönemde Rudolf Virchow'un tıpta devrim yaratan buluşlarından da (kendisinden izin alarak) yararlanarak, *1844'te İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu* başlıklı kitabında yayınlamıştır. Bu kitap toplumcu tıp klasikleri arasında ön sıralarda (eğer ilk sırada değilse) yer almaktadır.

**İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu**[6]

Kitabın ilk bölümlerinde sanayi devriminin beşiği olan İngiltere'de sanayileşmenin toplumsal yapıyı nasıl değiştirdiği ve işçi sınıfının nasıl doğduğu anlatılmaktadır. Binlerce yıllık insanlık tarihinde başta emekçi sınıflar olmak üzere insanların toplumsal ve ekonomik koşullarını, bir başka deyişle gündelik yaşamlarını ve kaderlerini geri dönülmez bir şekilde değiştiren gelişme, sanayi devriminin beşiği İngiltere'de ortaya çıkan *jenny* ile başlamıştır:

"*Lancashire'da dokumacılık yapan James Hargreaves'ın 1764'te icat ettiği dokuma tezgahında bir çıkrık bir iğ yerine, 16 – 18 iğ taşımakta ve tek bir işçi bu tezgahı çalıştırabilmektedir*".

Böylece bir yandan işçi başına üretim geçmişle kıyaslanamayacak ölçüde artarken, diğer yandan tezgah sahibi çok daha az maliyetle yine

---

[6] Türkçe çevirisi, Friedrich Engels'in Die Lage der arbeitenden Klasse in England (1845) adlı yapıtının İngilizcesinden (The Condition of the Working-Class in England [Marx-Engels, Collected Works, vol. 4, Progress Publishers, Moscow 1975, pp. 295-596]) Yurdakul Fincancı tarafından çevrilmiş ve "İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu" adı ile Sol Yayınları tarafından Ekim 1997 (Birinci baskı) yayınlanmıştır.

eskisiyle kıyaslanamayacak kadar çok kar ederek üretimi sürdürebilir hale gelmiştir. Bu gelişme emekçilerin ve toplumun maddi yaşam koşullarını, gündelik yaşamlarını ve kaderlerini geri dönülmez bir şekilde değiştirmiştir.

Engels kitabında jenny icat edilmeden ve üretime girmeden önceki toplumsal yaşamı şöyle betimlemektedir:

> Makineler gelmeden önce hammadde işçinin evinde eğiriliyor, işçinin evinde dokunuyordu. Kadın ve kız çocuk, babanın dokumada kullanacağı ipliği eğiriyor ya da baba ipliği bizzat kullanmıyorsa satıyorlardı. Bu dokumacı aileler, kentlere komşu olan kırsal alanda yaşarlar ve ücretleriyle oldukça iyi geçinir giderlerdi; çünkü iç pazar tek pazardı ve dış pazarların fethi ve ticaretin genişlemesiyle sonradan gelen rekabetin ezici gücü, henüz ücretler üzerinde baskı yapmıyordu. Dahası, iç pazara dönük talepte, nüfus artışındaki yavaşlığa ayak uyduran ve bütün işçileri istihdam eden sürekli bir artış vardı; ayrıca, evleri kırsal alana yayıldığı için işçilerin kendi aralarında hızlı bir rekabet olasılığı da yoktu.
> İşte bu çerçevede dokumacı, bir kenara üç-beş kuruş ayırabileceği, boş zamanlarında ekip-biçeceği küçük bir toprak kiralayabileceği, canı istedikçe ve dilediği zaman dokumacılık yapabileceği için, istediği kadar toprak kiralayabilecek bir konumda bulunuyordu. Doğru, o kötü bir çiftçiydi, toprağını iyi işleyemiyor, çoğu zaman kötü ürün alıyordu; ama yine de proleter değildi, sürekli olarak yerleştiği o topraklarda onun da bir çıkarı vardı ve bugünkü İngiliz işçiden, toplumda bir basamak daha yukardaydı.
> Çalışanlar oldukça rahattılar, dindar, dürüst, namuslu ve barışçıl bir yaşam içindeydiler; maddi konumları ardıllarından çok daha iyiydi. Aşırı çalışmaları gerekmiyordu; çalışmak istedikleri kadar çalışıyorlar ve gereksindikleri parayı kazanıyorlardı. Bahçede ya da tarlada sağlıkları için yararlı olan, çalışma yapacak boş zamanları vardı; bu çalışmanın kendisi, onlar için bir tür dinlenme oluyordu; bunun yanı sıra, komşularının eğlencelerine ve oyunlarına da katılabiliyorlardı ve bütün bu oyunlar – bowling, kriket, futbol, vb. beden sağlıklarına, dinç kalmalarına yardım ediyordu.
> Çoğu güçlü-kuvvetli, yapılı insanlardı; komşu köylülerden pek farklı bir görünümde değillerdi. Çocukları, temiz kır havasında

büyüyordu; çalışmada ana-babalarına yardım ederlerse, bu ancak ara sıra olurdu; onlar için sekiz ya da on iki saat çalışma diye bir şey söz konusu değildi.

Sanayi devrimi Engels'in ustaca resmetmeye çalıştığı bu yaşamı özellikle geçimlerini emekleri ile sağlayanlar için tamamen değiştirmiştir. Tarımda ve sanayide makineleşme elle yapılan üretimi hızla geriletirken, ürünlerini elleriyle üretenler makineyle üretenlere karşı rekabet edemez hale gelmişlerdir. Bu durum, ürünlerini elleriyle üretenlerin hızla işlerini yitirmelerine ve makinelerle üretenlerin yanına ücretli işçi olarak girmelerine ve bunun için iş bulabilecekleri sanayi kentlerine akın etmelerine neden olmuştur. Bu dönemde Avrupa'nın bütün sanayi kentleri hızla büyümüş, bu kentlerin nüfusları seksen yıl kadar kısa bir sürede on kat artmıştır.

Sanayi kentlerine bu kentlerdeki fabrikaların gereksiniminin çok üzerinde emekçinin yığılmasıyla birlikte bir yandan işsizlik büyürken, diğer yandan işçilerin ücretleri düşmeye başlamıştır. Fakat toplumsal yaşamdaki değişim bunlarla sınırlı değildir. Bugün sağlığın sosyal belirleyicileri arasında önemli bir yere sahip olduğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından da kabul edilen *toplumsal ağlar* yok olmaya başlamıştır:

> Sokaklardaki kargaşada, insanın midesini bulandırıcı, insan doğasını isyan ettirici bir şey var. Her sınıftan, her rütbeden birbirinin yanından geçip giden yüzbinlerce kişi, aynı özellikte, aynı yetenekte, mutlulukta aynı çıkarı olan insanlar değil mi? Ve hepsi, eninde sonunda, aynı yolda, aynı şeylerde mutluluğu aramıyor mu? Yine de sanki ortak hiçbir yanları yokmuş gibi, birbirleriyle hiç ilgileri yokmuş gibi birbirlerinin önünden geçiyorlar; sözsüz tek anlaşmaları, karşı karşıya yürüyen kalabalık akıntılarının birbirinin yolunu kesmemesi için, herkesin kaldırımda kendi yakasında kalmasıdır; bu arada hiç kimse ötekine şöyle bir göz atma onurunu bahşetmeyi düşünmez.
>
> Yaban bir kayıtsızlık, herkesin özel çıkarı içinde kendisini duygusuzca yalıtması, bu insanlar sınırlı bir alanda üst üste yığıldığı ölçüde tiksindirici ve rahatsız edici hale geliyor. Bireyin bu yalıtılmışlığının, bu kendini düşünmeci sığlığın, bugün her yerde top-

> lumumuzun temel ilkesi olduğunun ne ölçüde bilincinde olursak olalım, bu, hiçbir yerde, burada, büyük kentte olduğu kadar utanmazca gerçek yüzünü ortaya koymuş, bu kadar kendi ayrımında olmuş değildir. İnsanlığın atomlarına ayrılışı, her biri kendi ilkesine sahip bir atomlar dünyası, burada aşırının en aşırısına varmış görünüyor.
> Toplumsal savaş, herkesin herkese karşı savaşımı da bu yüzden, burada açıkça ortaya dökülmüş bulunuyor. Stirner'in son kitabındaki gibi insanlar birbirlerini yalnızca yararlı nesneler gibi görüyorlar; her biri ötekini sömürüyor ve sonuç şu ki, güçlü, güçsüzü ayağının altında eziyor ve güçlü bir avuç kişi, kapitalistler, her şeye kendileri için el koyuyorlar, zayıf çoğunluğa, yoksullara, varlığını sürdürmesi için pek az şey kalıyor.

Daha sonra büyük sanayi kentlerinde emekçilerin *yaşam koşullarına* ilişkin gözlemler yer alır:

**Giyim**
"*Emekçilerin giysileri, çoğu durumda çok kötüdür. Bu giysilerin kumaşı en uygun olanı değildir. Hem kadınların hem erkeklerin gardırobundan yün ve keten hemen hemen kalkmış bulunuyor; onların yerini pamuklu almıştır*".

**Beslenme**
"*İşçiler, ancak mülk sahibi sınıf için çok kötü olan yiyecekleri elde edebilirler. İngiltere'nin büyük kentlerinde her şeyin en iyisi bulunabilir, ama iş paraya bağlı... İşçilerin aldığı patates genelde kötüdür, sebze pörsümüştür, peynir bayat ve kötü kalitedir, domuz pastırması kokmuştur, et yavan ve serttir, genellikle hastalıklı sığır etidir... Satıcılar, genelde düşük kalite mal getiren ve onları kötü oluşlarından ötürü ucuza satabilen seyyar satıcılardır... İşçilerin aldığı et, çoğu zaman yenebilme süresini aşmıştır; ama mademki alınmıştır yenecektir*".

**Barınma**
"*Londra'da her sabah elli bin kişi, akşam başını nereye yaslayacağını bilmeksizin uyanıyor. Bunların içinde en şanslı olanlar da her büyük kentte bol bol bulunan pansiyonlardan birinde bir yatak kiralayabilmesi-*

*ne elverecek bir ya da iki peniyi akşama kadar elinde tutabilenlerdir. Ama yatak da ne yatak! Bu evler, bodrumdan tavan arasına kadar her odada dört, beş, altı yatakla dolup taşar; içine ne kadar yığılırsa o kadar iyidir. Her yatağa dört, beş, altı kişi, ne kadar olabilirse o kadar, tıkıştırılır; hasta ya da sağlıklı, genç ya da yaşlı, sarhoş ya da ayık, kadın ya da erkek, geliş sırasına göre, ayrım yapmaksızın yataklara tıkıştırılırlar... Ya bir de böyle bir sığınma yeri için ödeyecek parası olmayanlar? Onlar nerede kıvrılacak bir köşe bulurlarsa orada, yeraltı geçitlerinde, kemer altlarında, köşelerde, polisin ve mülk sahiplerinin kendilerine dokunmadığı yerlerde kalırlar. Bir avuç insan özel hayırsever derneklerinin işlettiği sığınma evlerinde, kimileri de kraliçe Victoria'nın pencerelerinin altına yakın parklardaki banklarda uyurlar".*

**Çevre sağlığı**

*"Kentin bu mahallesinde ne lağım vardır, ne evlerin özel helaları; o yüzden de en azından elli bin kişinin dışkısı ve öteki çöpler gece boyunca yollardaki yağmur suyu kanallarına atılır ve (çöpçülerin günlük çabalarına karşın) bir yandan bir pislik yığını olarak, bir yandan yaydığı pis kokuyla, hem sağlığa karşı aşırı ölçüde tehdit oluşturur, hem koku ve görünümüyle rahatsızlık vericidir".*

**Hava kirliliği**

*"Kentte oturanların ciğerleri, gerekli oksijeni alamaz; sonuç zihinsel ve bedensel dermansızlık ve canlılık yitimidir. Bu nedenle, kentlerde oturanlar, serbest, açık havada yaşayan kırsal nüfusa göre akut ve ateşli hastalıklara daha az maruz kalırsa da süreğen hastalıklara daha çok yakalanırlar. Ve büyük kentlerdeki yaşam, o haliyle, sağlığa zararlı ise, daha önce gördüğümüz gibi her şeyin havayı zehirlemek üzere bir araya geldiği emekçi halk mahallelerinin anormal atmosferi kim bilir ne kadar zararlı etki yapmaktadır".*

**Eğitim**

*"İngiltere'de eğitim araçları nüfusa oranla her türlü ölçünün ötesinde sınırlıdır. İşçi sınıfına hizmet veren az sayıda okul ancak bir azınlığa yetmektedir; üstelik hepsi kötüdür. Öğretmenler, artık işi bitmiş işçiler ve bu iş için elverişsiz benzeri kişilerdir; öğretmenliğe yalnızca para kazan-*


Edwin Chadwick

*mak için girmektedirler; çoğunlukla, zorunlu temel bilgiden, öğretmenin çok gereksindiği ahlaksal disiplinden yoksundurlar".*

Yaşam koşullarından sonra *çalışma koşullarının* ayrıntılı bir tanımlaması gelir:

**Rekabet**

*"Rekabet, modern toplumda egemen olan, herkesin herkesle savaşının ifadesidir. Bu savaş, yaşam savaşı, var olma savaşı, her şey için savaş, gereksinim durumunda ölüm kalım savaşı, yalnızca toplumun farklı sınıfları arasında verilmekle kalmaz, bu sınıfların tek tek üyeleri arasında da verilir. Herkes bir başkasının önünde engeldir ve herkes kendi önündeki engeli bir kenara itmenin ve onun yerine geçmenin yolunu aramaktadır... işçiler de kendi aralarında sürekli rekabet halindedirler. Mekanik dokuma tezgahındaki dokumacı, el-tezgahı dokumacısıyla, işsiz ya da düşük ücretli el-tezgahı dokumacısı işi olanla ya da daha iyi ücret alanla rekabet halindedir; her biri ötekinin ayağını kaydırıp yerine geçmeye çalışır".*

*"Proleter, ya burjuvazinin kendisine önerdiği koşulları kabul edecek, ya açlıktan ve soğuktan ölecek, orman hayvanları arasında çıplak uyuyacaktır!".*

**Ücretler**

*"Kuşkusuz her ailede, herkes çalışamaz. Konumu böyle olan aileler, eğer asgari ücretle yaşamak zorunda kalırlarsa, herkesin çalıştığı ailelere göre kötü duruma düşerler. Böylece, ücretler bir ortalama oluşturur; tümü çalışan aile, bu ortalamaya göre, oldukça iyi bir durumdayken, yalnızca birkaç kişisi çalışan aile oldukça kötü duruma düşer. Ama en kötü durumlarda, her emekçi, alıştığı ufak-tefek lükslerden vazgeçmeyi, hiç*

*yaşamamaya yeğler; bir domuz ahırını başı üzerinde bir çatı olmamasına yeğ tutar; çıplak dolaşmak yerine çul-çaput giymeye razı olur; açlıktan ölmektense patatesle yetinmeyi kabullenir. İşi olmayan birçok kişinin başına geldiği gibi, dünyanın gözleri önünde sokağa atılıp yok olmaktansa, iyi günlerin geleceği umuduyla yarım ücrete razı olur. Bu çerçevede, hiçten biraz daha fazla bir şey olan bu ufacık ücret asgari ücrettir".*

**Çalışma ortamı**

*"Fabrika çalışmasının işçiler üzerindeki olumsuz etkileri şunlar: (1) Harcadıkları zihin ve beden gücünün, değişmez ve durmaz bir güç merkezinin harekete geçirdiği makinelerin hareketine ayak uydurmak zorunda olması. (2) Sürekli ayakta durmanın doğal olmayan sürelere uzaması ve kısa aralıklarla yinelenmesi. (3) Uyku yokluğu" (çok uzun saatler boyu çalışma sonucu, bacaklarda ağrı ve genel fizik bozukluk). Bu nedenlere çoğu zaman alçak tavanlı, kalabalık, tozlu ya da rutubetli odalar, temiz olmayan hava, sıcak atmosfer, sürekli terleme de ekleniyor".*

Son olarak bu *çalışma ve yaşam koşullarının emekçilerin sağlığı üzerine etkilerini* inceler:

*"Bu koşullarda alt sınıfın sağlıklı olması, uzun yaşaması nasıl mümkün olabilir? Aşırı ölüm hızından, sonu gelmez salgınlardan, çalışan nüfusun bedeninde ilerleyici bir kötüleşmeden başka ne beklenebilir?"*

*"Bir insan, bir başkasına ölüme yol açan bedensel bir zarar verdiği zaman buna adam öldürme diyoruz; saldırgan, vereceği zararın öldürücü olduğunu önceden biliyorsa o zaman buna cinayet diyoruz. Ama toplum, yüzlerce proleteri, çok erken yaşta doğal olmayan bir ölümle yani kılıç ya da kurşunla ölüm gibi zorba yollardan ölümle karşı karşıya geleceği bir konuma koyduğu zaman, toplumun yaptığı şey, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikle cinayettir.*

*Toplum binlerce insanı yaşamın gereklerinden yoksun bıraktığı, içinde yaşayamayacakları konumlara soktuğu –kaçınılmaz sonuç olan ölüm gelinceye dek o koşullarda kalmaya yasanın güçlü eliyle zorladığı– bu binlerce mağdurun yok olacağını bildiği ve gene de bu koşulların sürmesine izin verdiği zaman, toplumun o yaptığı, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı*

*kesinlikte cinayettir. Örtülü, kasıtlı cinayettir; hiç kimsenin kendisini savunamadığı bir cinayettir; kimse katili görmediği için, mağdurun ölümü doğal göründüğü için cinayet gibi olmayan cinayettir; çünkü suç bir şeyi yapmaktan çok yapmamanın sonucudur. Ama cinayettir".*

*"İngiltere'de kaldığım süre içinde, en azından yirmi-otuz kişi, en isyan ettirici koşullar altında, açlıktan öldü ve olaydaki açık gerçeği gözler önüne serecek biçimde açıkça konuşma cesaretini gösterebilecek bir jüri pek çıkmadı. Tanıkların ifadesi ne kadar açık ve kesin olursa olsun, jüriyi oluşturan burjuvazi, korkunç yargıdan, açlık nedeniyle ölmüştür yargısından kaçabilmek için, her zaman bir arka kapı buldu.*

*Burjuvazi bu olaylarda gerçeği konuşmaya cesaret edemez, çünkü kendini suçlamış olur. Oysa doğrudan olmaktan çok, dolaylı biçimde, birçok kişi, açlık sonucu ölmüştür; çünkü uzunca bir süre doğru-dürüst gıda alamamak öyle bir güçsüzlük yaratmıştır ki, başka türlü olsa açığa çıkmayacak olan nedenler, öldürücü ciddi bir hastalık getirmiştir. İngiliz emekçiler buna toplumsal cinayet diyorlar ve tüm toplumumuzu bu suçu sürgit işlemekle suçluyorlar".*

*"Şimdi İngiltere'de emekçi örgütlerinin tam bir isabetle toplumsal cinayet diye niteledikleri şeyi toplumun her gün, her saat yapageldiğini kanıtlamam gerekiyor. İşçileri, ne sağlıklarını korumalarına ne uzun yaşamalarına elvermeyen koşullar altında tuttuğunu kanıtlamam gerekiyor; o koşulların, işçilerin yaşamsal gücünü yavaş yavaş, ucun ucun tahrip ettiğini ve zamanından önce onları mezara koşturduğunu kanıtlamam gerekiyor.*

*Ayrıca, işçilerin sağlığı ve yaşamı açısından bu koşulların ne kadar zarar verici olduğunu toplumun bildiğini, ama o koşulları düzeltmek için hiçbir şey yapmadığını da kanıtlamam gerekiyor. Yaptığının sonuçlarını bildiğini, bu nedenle eyleminin, basitinden adam öldürme değil cinayet olduğunu, resmî belgeleri, parlamento ve hükümet raporlarını, suçlamamın belgeleri olarak ortaya koyduğum zaman kanıtlamış olacağım".*

*"Kentlerin en kötü kesimlerindeki işçi evlerinin, bu sınıfın öteki yaşam koşullarıyla birlikte, sayısız hastalığa neden olduğunu herkes doğruluyor. ... Londra'nın özellikle de emekçi nüfusun yaşadığı mahallelerin kötü ha-*

*vasının, en yüksek derecede vereme elverişli olduğunu, çok sayıda insanda hummaya rastlanması yeterince gösteriyor. ... Çok yaygın görülen tifüs, resmî raporlarda işçi sınıfının sağlık koşullarına ve evlerin havalandırma, lağım ve temizlik konularındaki kötü durumuna bağlanıyor".*

*Bir başka hastalıklar kategorisi, işçilerin konutlarının koşullarından çok doğrudan gıdadan ortaya çıkıyor. İşçinin, zaten hazmedilir türden olmayan gıdası küçük yaştaki çocuklar için hiç uygun değil; işçinin de çocukları için daha uygun gıdalar sağlamak için ne zamanı, ne parası var. Ayrıca, çocuklara alkollü içki hatta afyon verme geleneği de çok yaygın ve beden gelişimine zararlı olan öteki ev koşullarıyla birlikte bu iki neden, sindirim organlarında çok farklı hastalıklara yol açıyor, gerisinde yaşam boyu süren olumsuz izler bırakıyor".*

*Ölüm oranının bu kadar yüksek olması, başlıca, işçi sınıfında küçük çocuk ölümlerinin çok fazla olmasından ileri geliyor. Küçük çocuğun narin bedeni, yaşamdaki talihsizliğin olumsuz etkilerine daha az karşı durabiliyor. Hem ananın hem babanın çalıştığı ya da birinin öldüğü durumlarda çocukların karşı karşıya kaldığı ihmal, hemen öcünü alıyor. Alıntıladığımız son rapora göre, işçi sınıfı çocuklarının yüzde 57'sinin beş yaşına gelmeden ölmesine karşılık üst sınıflardan çocuklar arasında bu oranın yüzde 20 olmasına ve ülke genelinde beş yaşına henüz gelmemiş her sınıftan çocuklar arasında oranın yaklaşık yüzde 32 olmasında şaşılacak hiçbir şey yok".*

*"İşçi sınıfı için bir başka maddi kötülük, hasta oldukları zaman yetkin doktorlara görünmelerinin olanaksızlığıdır. ... İngiliz doktorlar yüksek vizite ücreti alıyorlar; emekçiler o ücreti ödeyebilecek konumda değil. O nedenle hastalanınca ya hiçbir şey yapmıyorlar ya da ucuz sahte doktorlara gidiyorlar, kocakarı ilacı kullanıyorlar; o da yarardan çok zarar veriyor".*

*"Ama bunun yanı sıra, fabrika işinin, özellikle zararlı olan başka türleri de var. Pamuklu ve keten iplik eğirme fabrikalarının birçok odasında, havayı lif tozları sarar; bu tozlar, özellikle taraklama odalarında çalışan işçilerde göğüs hastalıklarına neden olur. Bazı insanlar buna dayanabilir, bazıları dayanamaz; ama işçinin seçeneği yoktur. O hangi odada iş bulursa orada çalışmak zorundadır, göğsü dayanıklı olsun ya da olmasın. Bu*

*tozu akciğerlerine çekmenin en yaygın sonucu kan tükürmek, gürültüyle ve zorlayarak nefes almak, göğüs ağrıları, öksürme, uykusuzluk, kısacası astımdır, had safhada veremle son bulur".*

*"Erkekler, yaşama ve çalışma koşulları nedeniyle çok erken yıpranıyorlar. Çoğu kırk yaşında çalışamaz duruma geliyor; pek azı kırk beşine kadar dayanıyor; elliye kadar gelebilen hemen yok gibi. Bu yalnızca bedenin genel zayıflamasının sonucu değil, ama onun yanı sıra çoğu zaman, gözlerin iyi göremez hale gelmesinin sonucu; göz bozukluğu çıkrık makinesinden ileri geliyor; çünkü işçinin, uzun ince ve paralel iplik liflerinden gözünü hiç ayırmaması, gözünü onlara dikip bakması gerekiyor; bu, görmeyi büyük ölçüde zorlaştırıyor".*

Kitabında sanayileşmenin ortaya çıkardığı toplumsal ve çevresel koşulları tanımlayan Engels, *politik ekonominin örgütlenmesinin bu koşulları nasıl yarattığını* tartışmıştır. Bugün antropoloji, kentsel sosyoloji ve toplumcu tıp klasikleri arasında yer alan bu kitap toplumcu tıbba giden yolda şu nitelikleriyle bir köşe taşı oluşturur:

• Hastalıkların ve vakitsiz ölümlerin köklerinin, üretimin örgütlenmesi ve toplumsal çevre içine uzandığı tezinin (*toplumcu tıp tezi*) ilk ifadesidir.

• Villermé, hastalıklarla yoksulluk arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş, fakat sorunun çözümünü yanıtsız bırakmıştı. Chadwick ise sorunların sosyo-ekonomik yapıya dokunmadan sanitasyon tedbirleriyle çözülebileceğini savunmuştu. Engels çalışmasında sanayileşmenin emekçileri nasıl kaçınılmaz olarak hastalıklara neden olan koşullarda yaşamaya ve çalışmaya zorladığını kanıtlamış ve hastalık ve ölüm üreten bu koşulların toplumsal bir devrimle değiştirilmesi gerektiğini söylemiştir.

• Toplumsal yapı (düzen) ile bedensel hastalıklar arasındaki nedensel ilişki açık bir şekilde ortaya konmuştur.

• Emekçilerin (erkek, kadın ve çocuk) *işten kaynaklanan* sağlık sorunlarının ilk kez bu kadar kapsamlı bir biçimde ele alındığı bir çalışma olup, gelecek yüzyıllarda bu alanın hekimlik içinde özgün bir alan (işyeri hekimliği) haline gelmesine önayak olmuştur. Kitapta ele alınan başlıca işçi sağlığı sorunları şunlardır:

> Çevresel toksinler, kurşun zehirlenmesi vb.

> Enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, tifüs vb.)
> Beslenme ve gıda temini sorunlarından kaynaklanan hastalıklar
> Alkolizm
> İş kazaları
> Meslek hastalıkları
> Mesleğe özgü mortalite hızları

Friedrich Engels esas olarak kapitalist üretim biçimi ile hastalık arasındaki bağlantıya odaklanır. Hastalıkların hijyenik şartların olmayışı, riskli çalışma koşulları, çocuk emeğine bağımlılık, olumsuz barınma koşulları, yetersiz beslenme ve yoksullukla karakterli yaşam koşullarının ürünü olduğunu savunur fakat bunların da nedeni toplumun sosyo-ekonomik düzenidir. Engels sağlık personelinin eşitsiz dağılımının yarattığı sorunlara da değinir.

Villermé, Paris'te 1817 nüfus sayımı, emlak kayıtları, 1820 mali istatistikleri ve 1817 - 1826 yılları arasındaki ölüm kayıtları verilerini kullanarak yaptığı çalışmada insanları yalnızca *varlıklarına* göre zenginler ve yoksullar olarak iki kategoriye ayırmış ve bunlar arasında mortalite hızları bakımından bir farklılık olduğunu ortaya koymuş ve *mortalite üzerine miyazmatik faktörlerin değil, fakat yoksulluğun etkisinin olduğu* yargısına ulaşmıştı.

İngiltere'de de (Manchester) benzer bir yöntemle çalışan Dr. P. H. Holland, sokakları ve bu sokaklardaki evleri zenginlik durumlarına göre en zenginden, en yoksula birinci sınıftan üçüncü sınıfa sınıflandırarak, bu evlerde görülen ölüm vakalarını karşılaştırmıştır. Üçüncü sınıf sokaklardaki üçüncü sınıf evlerde (en kötü evler) ölüm hızı 25'de bir iken, birinci sınıf sokaklardaki birinci sınıf evlerde (en iyi evler) ölüm hızı 51'de birdir[7].

Edwin Chadwick ise Villermé ve Holland'dan ve birçok diğer araştırmacıdan farklı olarak, tarihte ilk kez, araştırmasında *sınıf değişkenini* kullanmıştır[8].

---

[7] P. H. Holland, 15 Aralık 1853'de Genel Sağlık Kurulu'na "Sanitary Aspect of Merthyr" başlıklı ayrıntılı bir rapor yazmıştır. Bkz. Palmer, 1998.

[8] *Sınıf* sözcüğü, Latincede bir grup erkeğin silah altına alınması anlamına gelen *classis*

İngiltere'nin ağırlıklı ekonomik etkinlikleri bakımından farklı beş bölgesinde, 1837 - 1841 yılları arasında gerçekleşen ölüm vakalarını (ortalama ölüm yaşı), ölenleri mesleklerine göre ayırarak değerlendirmiştir. Soyluları ve hekim, avukat gibi profesyonelleri bir grupta, zanaatkarlar ve çiftçileri bir grupta ve işçileri bir grupta toplayarak yaptığı değerlendirme sonucunda tarımsal etkinliğin başat olduğu Rutlandshire ve Wilts'de ölenlerin yaş ortalaması sırası ile 52 ve 50 olup, en uzun yaşam şansını temsil ederken, başat ekonomik etkinliği sanayi ve ticaret olan Manchester, Liverpool ve Bethnal Green'de bu ortalamalar sırasıyla 17, 15 ve 16 olup en kısa yaşam şansını[9] temsil etmektedir.

Chadwick'in bu çalışmasını "*işçi sınıfı çocuklarının yüzde 57'sinin beş yaşına gelmeden öldüğü*" bilgisiyle bir araya getiren Engels, bu durumu şöyle yorumlamaktadır:

"*Ölüm oranının bu kadar yüksek olması, başlıca, işçi sınıfında küçük çocuk ölümlerinin çok fazla olmasından ileri geliyor*".

Sonuç olarak Engels'in toplumcu tıp anlayışının oluşumuna katkısı şu cümlesiyle özetlenebilir:

"*İşçi sınıfının sefil durumunun nedeni, o ufak-tefek yakınma konularında değil, ama kapitalist sistemin kendisinde aranmalıdır*".

Böylece başta Rudolf Virchow olmak üzere ardıllarının sağlık/hastalık

---

sözcüğünden türemiştir. MÖ 6. yüzyılda Servius Tullius özgür ve güçlü yurttaşları askere alarak, zenginliklerine veya sahip oldukları silahlar, atlar ve zırhlara göre beş sınıfa (classis) ayırmıştır. Böylece sınıf sözcüğü insanların *varlık veya diğer toplumsal faktörler temelinde* sınıflandırılması anlamında kullanılmaya başlamıştır. Sözcük bu anlamıyla Fransızcaya (classe) 14. yüzyılda ve İngilizceye (class) 16. yüzyılda girmiştir.

Sözcük 19. yüzyılda Marx ve Engels ile birlikte toplumun değişik kesimlerinin *üretim araçları karşısındaki konumlanışlarına göre* birbirleri karşısında yer almalarını ifade eden yeni bir anlam kazanmıştır ancak sosyalistlerin günümüzde kullandığı sınıf tanımı Lenin tarafından yapılmıştır:

"Sınıflar birbirlerinden
tarihsel olarak belirlenmiş bir toplumsal üretim sistemi içinde işgal ettikleri yer,
üretim araçları ile ilişkileri (çoğu kez sabittir ve yasalarda formüle edilmiştir),
emeğin (çalışmanın) toplumsal örgütlenmesindeki rolleri,
toplumsal zenginlikten aldıkları payın büyüklüğü ve bunu alma biçimlerine göre birbirlerinden ayrılan büyük insan gruplarıdır".

[9] Buradaki "yaşam şansı", günümüzde kullanılan "yaşam beklentisi" belirtecini tam olarak karşılamamaktadır.

ve ölümlerin nedenini arayan gözlerini *kapitalist üretim ilişkilerine* çevirmelerini sağlamıştır. Ancak Engels'in günümüzdeki olanaklarla kıyaslandığında neredeyse yok denebilecek kadar az kaynağa dayanarak yaptığı analizlerin yeterince geliştirilememiş olması düşündürücüdür.

* * *

Engels'in bu çalışmasını yayınlamasından[10] sonra Avrupa'da 1848 devrimleri yaşanmış, Engels, arkadaşı Marx ile birlikte Marksizm'in temel kitabı olan Komünist Manifesto'yu yayınlamış (1848), Avrupa emekçileri Birinci Enternasyonal'de (1864 – 66) birleşmiş ve 1871'de Paris'te iktidarı ele almıştır. İşçi sınıfının bu mücadelesi karşısında sermaye, egemenliğini sürdürebilmek için karlarının bir bölümünden vazgeçmek ve işçi sınıfının yaşam ve çalışma koşullarında büyük iyileştirmelere gitmek zorunda kalmıştır.

İngiltere'de bu süreçte çevre sağlığında nelerin değiştiğini Engels, kitabının İngilizce baskısı için 1892 yılında yazdığı önsözde şöyle ifade etmektedir:

*"Kolera, tifüs, çiçek ve öteki salgın hastalıkların tekrar tekrar ortaya çıkması, İngiliz burjuvaya, eğer kendini ve ailesini bu hastalıklardan koruyacaksa, kasaba ve kentlerde sağlık koruma kurallarına hemen uyulması gerektiğini göstermiştir. Böylece, bu kitapta anlatılan en göze batar rezillikler ya tümden ortadan kalkmış ya da göze daha az çarpar olmuştur. Kanalizasyon, varsa iyileştirilmiş, yoksa yeniden yapılmıştır; betimlemek zorunda kaldığım en kötü gecekonduların bir başından öteki ucuna geniş caddeler açılmıştır".*

Kuşkusuz 1848 Kamu Sağlığı Yasası[11] ile hastalıkların sosyo-ekonomik belirleyicilerine dokunmadan, genel hijyen koşullarının düzeltilmesiyle de emekçilerin sağlık koşullarında belli bir iyileşme sağlanmıştır; fakat hastalıkları üreten toplumsal koşullar varlığını sürdürmeye devam etmiştir.

---

[10] Kitap ilk olarak Die Lage der arbeitenden Klasse in England, 1845 başlığı ile Almanca olarak basılmıştır.

[11] Public Health Act, 1848: Bu yasa tarihteki ilk Halk Sağlığı Yasası olarak bilinir. Yasa ile İngiltere'de belediyelere sağlık konusunda yetkiler verilmiş ve sağlık konularında yetkili Sağlık Kurulları (Board of Health) kurulmuştur.

*Okuma 1. Çalışan Nüfusun Sağlık Durumu ve Bu Durumu İyileştirme Yolları Üzerine Rapor*[12] *(Edwin Chadwick)*

Chadwick ünlü raporuna ölüm istatistikleriyle başlamaktadır. İngiltere'de yerleşim birimi bazında önde gelen dört hastalık grubu olan, bulaşıcı hastalıklar (tifüs, kızıl, çiçek, kızamık, boğmaca) solunum sistemi hastalıkları (verem, pnömoni), beyin ve nörolojik hastalıklar ve sindirim organları hastalıklarından ölümlerin dağılımını, toplam ölümlerle karşılaştırmalı olarak sunmaktadır.

1838'de binde 18 ve 1839'da binde 21 olan ölüm hızlarından büyük ölçüde bebek ölümlerinin sorumlu olduğu ve bulaşıcı hastalıklardan ölümlerin önlenebilir ölümler olduğu vurgulanmaktadır. Ölümün önde gelen nedenleri olan bu hastalıkların en çok çalışan nüfus arasında görüldüğü belirtilmekte ve bu kesimin aynı zamanda bu hastalıkların dayanılmaz yükünü de taşıdığını vurgulamaktadır.

Raporun *birinci bölümünde*, hastalıkların en sık görüldüğü yerler olan çalışan nüfusun barındığı bölgelerin durumu değerlendirilmektedir. Değerlendirmede açık yağmur suyu ve kanalizasyon kanalları ile bataklıklar özellikle vurgulanmaktadır. Çöplerin ortada olduğu ve kokuştuğu, kanalizasyon ve çöplerin içme suyu şebekelerine (kuyular) karıştığı belirtilmektedir. Barınakların çok kötü durumda, havasız ve kalabalık olduğu, tuvaletlerin dışarıda bulunduğu belirtilmektedir.

*İkinci bölüm*, çalışan nüfusun yerleşim alanlarının sağlık yönünden iyileştirilmesine yönelik alınabilecek önlemleri tanımlamaktadır:

- Caddelerin ve evlerin atıklarının drenajı (çöplerin toplanması ve kanalizasyon)
- Caddelerin ve kaldırımların temizlenmesi, yağmur sularının drenajı

[12] Bkz. Chadwick, 1842.

- Temiz su temini
- Bataklıkların kurutulması

*Üçüncü bölümde* çalışan nüfusun evleri, kaldıkları pansiyonlar ve çalıştıkları mekanlar (işlikler, maden ocakları vb), beslenme alışkanlıkları ve sağlık alışkanlıkları değerlendirilmektedir. Özellikle kötü havalandırma ve aşırı kalabalık evlere dikkat çekilmektedir.

Bu bölümde ayrıca ailelerin "*yoksullara özgü*" olumsuz davranışları anlatılmakta, annelerin çocuklarıyla ilgilenmedikleri, evlerini temizlemedikleri, babaların ayyaş olup eve gelmedikleri, çocukların kendi başarına sefil bir durumda yaşadıkları belirtilmektedir.

Raporun *dördüncü bölümü* toplumdaki farklı sınıfların karşılaştırmalı yaşam şanslarını vermektedir. Ölüm vakaları mesleklerine göre ayırarak değerlendirmiştir. Soylular ve hekim, avukat gibi profesyoneller bir grupta, zanaatkarlar ve çiftçiler bir grupta ve işçiler bir grupta toplayarak, bu gruplara ilişkin ölüm sayıları ve ortalama ölüm yaşı verilmiş, bütün yerleşim yerlerinde ortalama ölüm yaşının işçilerde en düşük ve soylularda en yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu farklılık esas olarak soyluları yaşadığı yerlerin ve evlerinin temizliğine ve işçilerin yaşadığı yerlerin ve evlerinin pisliğine bağlanmıştır.

*Beşinci bölüm*, sanitasyon önlemlerin ihmalinin yarattığı maddi yüklere ilişkin olup, yaşam süresinin azalması veya hastalıklar nedeniyle işgücü kaybı, insanların suça itilmesiyle polisin işinin artması, çalışamayacak hale gelenlerin yardım kuruluşlarının yükünü arttırması bakımından değerlendirilmiştir.

*Altıncı bölümde* sağlık standartlarını ve yaşam şansını yükseltmekte önleyici tedbirlerin etkinliğinin kanıtları verilmektedir. Kraliyet donanmasında ve cezaevlerinde bulunan alt sınıflardan insanların daha az hastalandıkları ve yaşama şanslarının arttığı belirtilerek, bunun sanitasyon tedbirlerinin sağlığın iyileşmesinde ne kadar etkili olduğunun bir işareti olduğu ifade edilmektedir. Yine işverenlerin işyerlerinde alacağı havalandırmanın iyileştirilmesi,

atıkların uygun şekilde kaldırılması ve temiz su sağlanması gibi sanitasyon tedbirlerinin, bu işyerlerinde çalışan işçilerin sağlık durumunu iyileştirildiğine ilişkin gözlemler aktarılmaktadır.

Raporun *yedinci bölümü* kamu sağlığını korumak için eldeki yasaların durumu, yasaların uygulanmasında karşılaşılan sorunlar ve bu yasaların nasıl iyileştirilebileceği tartışılmaktadır. Öncelikle bölgesel sağlık kurulları (District Boards of Health) kurulması önerilmektedir. Bu kurulların esas görevi önleyici tedbirler almak, kamuoyunun dikkatini hastalıkların nedenlerine çekmek, bulaşın ortadan kaldırılması için önerilerde bulunmak olmalıdır.

Raporda belirtilen sanitasyon önlemleri mühendisler tarafından alınmalıdır. Bu konuda hekimin görevi, bu uygun idari tedbirlerin ihmalinden kaynaklanan bir hastalık ortaya çıktığında, mağdurların acılarını dindirmektir.

*Sekizinci bölüm* sağlık sorunlarının zirve yaptığı işçi pansiyonlarına ayrılmıştır. Bunların salgın hastalıkların yuvası olduğu belirtilmekte ve denetlenmesi gerektiğinin altı çizilmektedir.

Rapor sonuç bölümü olan *dokuzuncu bölümle* tamamlanmaktadır. Bu bölümde sorunların bir özetiyle birlikte her soruna ilişkin alınması gereken sanitasyon tedbirleri belirtilmektedir. Bunlar iki başlık altında toplanmıştır:

- Soruşturmaya konu olan sorunlar
- Çalışan sınıfın mevcut sağlık durumunu iyileştirme yolları
- Raporun önerileri şunlardır:
- Temel, en önemli ve aynı zamanda en uygulanabilir tedbirler, kamusal olarak kanalizasyon şebekeleri yapılması, çöplerin toplanması, caddelerin temizliği ve su teminidir.
- Bunlar önündeki en büyük engel bu işlerin maliyetidir.
- Atık suların ve yağmur sularının uzaklaştırılması ve arıtılarak tarımda kullanılması en ucuz tedbirdir.
- Bu tedbirlerin mali yükü, bu tedbirler alındığında hastalıkların ve erken ölümlerin azaltılmasından elde edilecek kazançla kıyas-

landığında ödenmeye değer bir yüktür.

- Bu kamusal sağlık çalışmaları mühendisler tarafından tasarlanmalı ve uygulanmalıdır.
- İşyerlerinin havalandırma koşulları ve hastalıkları önleyici tedbirler bakımından denetimi serbest çalışmayan, sanitasyon tedbirleri konusunda özgün eğitim almış, yasaları uygulatabilecek bölge sağlık memurları tarafından yapılmalıdır. Bu denetimin daha ekonomik bir şekilde yapılabilmesini sağlar.
- Bu tedbirlerin alınması halinde çalışan sınıfların yaşama şansı 13 yıl kadar arttırılabilir.
- Bu tedbirler toplumun ahlaki bakımdan iyileşmesine de yardımcı olacaktır.

* * *

Chadwick'in emekçilerin durumunun iyileştirilmesi noktasındaki yaklaşımı, insanlık dışı çalışma ve yaşam koşulları yüzünden yaşamlarını yitiren bu insanlara *salt insan oldukları için* yardımcı olmaktan çok, gelişen İngiliz sanayisinin gereksinim duyduğu daha sağlıklı emekçiler sağlanması amacını öne çıkartmaktadır. Böylece yoksulların sağlığının iyileştirilmesinden bütün *ulusun* yarar sağlayacağını öne sürmektedir. Kuşkusuz burada *ulus* sözcüğünden *işverenleri* anlamak gerekir.

Bu argüman daha sonraki yıllarda dünyanın birçok yerinde ve Türkiye'de de, işverenleri *işçi sağlığına yatırım yapmalarının aslında kendi çıkarlarına olduğu* teziyle işçi sağlığına yatırım yapmaların için ikna çabalarında kendisini gösterecektir.

Ancak Chadwick 1842 yılında İngiltere'de iktidarda bulunan Muhafazakar Parti'yi raporunda önerilen *iyileştirmelerin maliyetini* karşılamaya ikna edememiştir. Rapor ancak 1847'de Liberal Parti hükümeti kurulduğunda yeniden gündeme alınmış ve 1848'de Kamu Sağlığı Yasası kabul edilmiştir.

Chadwick ile Villermé arasındaki farklılıklar ve benzerlikler şöyle özetlenebilir:

- Her ikisi de yoksulluk ile sağlık/hastalık ve mortalite arasında bir ilişki olduğunu ve yoksulların daha dezavantajlı olduklarını kabul etmektedirler. Ancak Villermé bu sonuca hane halklarının varlık durumu üzerinden ulaşırken, Chadwick ilk kez nüfusu *sınıf esasına* göre mortalite bakımından değerlendirmektedir[13].
- Chadwick, miyazma kuramını benimsemesi nedeniyle, Villermé'in aslında miyazmatik değişkenlerle mortalite arasında ilişki bulunmadığını, aksine bunların yoksulluğun sağlık üzerine olumsuz etkilerini maskelediğini ortaya koyan çalışmasını göz ardı ederek, sanitasyon tedbirlerini kanalizasyon şebekeleri yapılması, çöplerin toplanması, caddelerin temizliği ve su temini ile sınırlamıştır.
- Liberal ideolojiyi benimseyen ve bu çerçevede yoksulluğun nedenini ahlaki bakımdan düşkünlük (ahlaksızlık, ayyaşlık, hovardalık, tembellik, kötü alışkanlıklar) olarak yorumlayan Villermé, bu sorunların üstesinden yoksulların bireysel çabaları ve ülkenin daha fazla sanayileşmesiyle gelinebileceğini düşünmekte, toplumsal iyileştirmeye yönelik kamusal projelere sıcak bakmamakta ve devletin toplumsal yaşama müdahale etmemesi gerektiğine inanmaktadır. Chadwick de bir liberal olmasına karşın bu konuda Villermé'den farklı düşünmekte ve kamu sağlığı noktasında devlet müdahalesini savunmaktadır.

Chadwick ile Engels arasındaki temel farklılık ise, Chadwick emekçilerin sağlıksızlığından *sağlıksız çevreyi* sorumlu tutarken, Engels'in sağlıksız çevre de içinde emekçilerin bütün sorunlarının (beslenme yetersizliği, eğitimsizlik, alkolizm vb) kaynağı olan *toplumun sosyo-ekonomik yapısını* sorumlu tutmasıdır. Chadwick'in sorunlara *işlevsel* açıdan yaklaşarak, mevcut sosyo-ekonomik sis-

[13] Türkiye'de 21. yüzyılda dahi sağlıkta sınıf değişkenini kullanan araştırmacıların çok sınırlı olduğu, dahası araştırmalarda bu değişkenin bilimsel ölçütlere uygun olarak kullanılabilmesi için genel kabul görmüş ve yaygın olarak kullanılan bir ölçeğin dahi oluşturulmamış olması düşündürücüdür.

teme hiç dokunmaksızın olumsuzlukları gidermeye çalışmakta, Engels ise sorunlara *yapısal* açıdan yaklaşarak, sorunların çözümünü, sorunların kaynağı olan sosyal ve ekonomik düzenin değiştirilmesinde aramaktadır.

Chadwick'in yaklaşımı tıp çevrelerinde tepkiyle karşılanmıştır. William Farr başta olmak üzere bazı aydınlar da Engels'in yaklaşımını daha makul bularak, yoksulluğun yalnızca örneğin açlık yoluyla doğrudan hastalıklara yol açmakla kalmadığını, aynı zamanda aile içi huzursuzlukların ve alkol kötüye kullanımının da önemli bir belirleyicisini oluşturduğunu savunmuşlardır. Engels gibi, insanların düşük ahlaki nitelikleri ve ayyaşlıkları yüzünden yoksulluğa düşmediklerini, tam tersine yoksullukları nedeniyle ahlaken bozulduklarını ve alkolizmin pençesine düştüklerini ileri sürmüşlerdir.

Bu ve benzeri tartışmalar günümüzde de sürmektedir. Egemen sınıflar, yoksulların yoksulluğunun gerçek ekonomik-politik nedenlerini gizleyebilmek için bu tür ilişkileri *tersinden kurarak* insanları yanıltırlar ve mağduru suçlu ilan ederler. Kuşkusuz örneğin hırsızlık, bedenini cinsel bakımdan kiralama, ayyaşlık gibi düşük ahlaki niteliklerle yoksulluğun bir arada bulunması ve aralarında bir ilişki bulunduğu gerçektir. Fakat bu ilişki egemen ideolojinin dayattığı gibi insanların bu niteliklere sahip olmaları nedeniyle yoksul oldukları şeklinde değil, aksine yoksul insanların bunları yapmaya sürüklendikleri şeklindedir. *İlişkiyi doğru kurmak* epidemiyolojide ve toplum sağlığı çalışmalarında çok önemlidir.

Chadwick sanitasyon sorunlarını esas olarak belediye hizmetleri olarak görmektedir. Su temininin ve kanalizasyonun iyileştirilmesi gereksinimlerini *mühendislik sorunları* olarak tanımlayarak, halk sağlığını *teknik bir uzmanlığa* indirgemiştir. Bu denklemde *hekimin* yeri yoktur. Böylece hekimler ve sağlık kurumları çevre sağlığı veya önleyici hekimlikten uzaklaştırılmakta ve *kişisel tıbbi bakım ile kamusal halk sağlığı birbirinden kesin sınırlarla ayrılmaktadır.*

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin bu şekilde ikiye ayrılması ve

hekimliğin bireylere yönelik tıbbi hizmetlerle sınırlandırılması, İngilizce konuşulan ülkelerin çoğunda ve sağlık sistemleri İngiliz sömürgesi altında kaldıkları süre içinde örgütlenmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin *ayrı örgütlenmesine* yol açmıştır. Bu olumsuzluk günümüzde dahi devam etmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri önce Zararlı Müfettişleri (Nuisance Inspector) daha sonra Sağlık Müfettişleri'ne (Sanitary Inspector) verilmiştir. Zaman içinde bu müfettişlerin görev kapsamı genişlemiş, gıda güvenliği, çevre sağlığı, sanayi sağlığı gibi alanlarda da hizmetler sunulmaya başlamış ve sonunda lisans eğitimiyle Halk Sağlığı veya Çevre Sağlığı müfettişleri yetiştirilmeye başlanmıştır.

Bu anlayışla caddelerin temizlenmesi, su ve sanitasyon sistemlerinin iyileştirilmesi için Merkezi bir Sağlık Kurulu oluşturulmuş ve Chadwick sanitasyon hizmetlerinin başına getirilmiştir. Chadwick'in öncelikleri sürekli taze ve temiz su sağlanması, evlere tuvalet yaptırılması ve kanalizasyon sistemi kurulmasıdır. Kanalizasyon sisteminin su sistemine karışmasını önleyecek tedbirler alınmıştır. Sığ su kuyuları kapatılmış ve yerlerine çeşmeler yapılmıştır.

Reformlar, kendilerine mali yük getirdiği gerekçesiyle rantiye kesiminin tepkisini çekmiştir. Chadwick rantiye kesime verdiği zararın bedelini Kurul'dan çekilerek ödemek zorunda kalmıştır[14].

---

[14] Bkz. Novick, 2001; Kuhnke, 1990; Akalın, 2000.

*Okuma 2. Engels ve DSÖ Raporu (Susan Rosenthal)*[15]

28 Ağustos'ta Dünya Sağlık Örgütü Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu "EŞİTSİZLİKLER İNSANLARI ÖLDÜRÜYOR" başlığı ile bir rapor yayınladı: Arayı Bir Nesilde Kapatmak: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Üzerine Eylem Yoluyla Sağlıkta Eşitlik.

Komisyon daha önceki raporlarda belirtilen sağlıkta ülkeler arasındaki eşitsizlikleri ve ülkeler içindeki "sağlık gradyanlarını" teyit etmiştir. Komisyon yoksulların daha az yoksun olanlardan daha kötü durumda olduklarını, daha az yoksun olanların ortalama geliri olanlara göre daha kötü durumda olduklarını ve toplumsal hiyerarşide yukarı çıkıldıkça bunun böyle devam ettiğini doğrulamıştır. Komisyon sağlıkta gradyanın en zengin ülkeler dahil, bütün ülkelerde bulunduğunu doğrulamıştır. Komisyon aynı zamanda sağlıkta eşitliğe yalnızca tıp sistemleriyle ulaşılamayacağını da teyit etmiştir.

"Su ile bulaşan hastalıklara antibiyotikleri olmayışı değil kirli sular ve temiz su sağlamayı başaramayan politik, toplumsal ve ekonomik güçler neden olmaktadır; kalp hastalıklarına koroner bakım birimlerinin olmayışı değil insanların yaşadıkları ortamların şekillendirdiği bir yaşam sürdürmeleri neden olmaktadır; obeziteye bireylerin moral yetersizlikleri değil, yüksek-yağ ve yüksek-şeker içeren gıdaların aşırılığı neden olmaktadır".

Bu bulguların hiçbiri yeni değil. Sağlıkta eşitsizlikler üzerine çalışmalar 19. yüzyıl Sanayi Devrimi'ne kadar geri gider ve halk sağlığı hareketinin gelişiminde itici güç olmuşlardır.

Liberal bir hekim ve halk sağlığı aktivisti olan Rudolf Virchow (1821 - 1902) genellikle Toplumcu Tıbbın kurucusu olarak kabul edilir. Ancak, bu unvanın Karl Marx'ın yoldaşı ve çalışma arkadaşı olan Frederick Engels'e (1820 - 1895) ait olduğunu düşünüyorum. Engels çok sayıda tıbbi ve toplumsal sorunu kapitalizmin örgütlen-

[15] Rosenthal, 2008.

me biçimine bağlayan ilk kişidir.

Engels Eylül 1844 ve Mart 1845 arasında İngiltere'de sanayi devriminin insanlar üzerine etkilerini belgelemiştir. İlk bulgularını *İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu: Kişisel Gözlemler ve Otantik Kaynaklardan* isimli kitabında yayınlamıştır.

Geçen 163 yılda çok şey değişti. Sanayi dünyasının merkezi olarak ABD, İngiltere'nin yerini aldı. Daha yüksek yaşam standartları yaşamı uzattı ve birçok ülkede çocuk ölüm hızlarını azalttı. Ancak birçok şey aynı kaldı ve bazıları daha da kötüleşti.

DSÖ raporunun belgelediği gibi sağlıkta eşitsizlikler gelir eşitsizliklerini izlemektedir ve her ikisi de artmaktadır. 1980 yılında en zengin ülkelerin net-olmayan ulusal gelirleri en yoksul ülkelerinkinin 60 katıydı. 2005 yılında bu fark iki kattan fazla arttı. Bugün dünya nüfusu Engels'in İngiltere'de belgelediği sağlık ve toplumsal sorunların çoğunun pençesindedir: aşırı yoksulluk, çevre kirliliği, sanitasyon yokluğu, kontamine gıdalar, önlenebilir hastalıklar ve erken ölümler.

DSÖ raporunu okurken Engels'in bu rapor hakkında ne düşünebileceğini merak ettim. Bunun için, mevcut koşullar ile onun bulgularını karşılaştırmak üzere kurgusal bir röportaj yapılandırdım. Onun (kitaplarından alınma) sözcükleri italik yazılı. Bu hayali görüşmenin geri kalanından ben sorumluyum.

**Sınıf ve Sağlık**

**SR:** Kitabınız dünyanın sizin zamanınızdaki en zengin ülkesinde sınıf ve sağlık arasındaki güçlü bir bağlantıyı belgeliyor.

**Engels:** Evet. *1840 yılında Liverpool'da üst sınıfların, soyluların, profesyonellerin vs. ortalama yaşam süresi 35 yıldı; iş adamlarının ve iyi kazanan zanaatkarlarınki 22 yıldı; amelelerin, gündelik işçilerin ve genelde hizmetçilerin yalnızca 15 yıldı.*

**SR:** Halen dünyanın en zengin ülkesi olan ABD'de ölüm

hızları sınıfa göre kaydedilmiyor. Ancak, ülkenin en yoksul erişkinlerinin sağlık durumu zenginlerinkinden yaklaşık 5 kat daha "kötü veya şöyle-böyle" ve her gelir düzeyinde daha varlıklı grup kendisinden bir alt gruptan daha sağlıklı. Bu sağlık gradyanı bütün etnik gruplarda mevcut.

**Engels:** *İşçi sınıfında küçük çocuklar arasında ağır bir mortalite var. Yaşam zorluklarının olumsuz etkilerine en dayanıksız olanı bir çocuğun körpe bedenidir; her iki ebeveyn çalıştığında veya biri ölmüş olduğunda çocukların maruz kaldıkları ihmal kendisini hemen gösterir ve Manchester'da işçi sınıfının çocuklarının yüzde 57'sinden fazlası beş yaşına gelmeden ölürken, yüksek sınıfların çocuklarının yüzde 20'sinin ölmesi ve ülkedeki bütün sınıfların çocuklarının yüzde 32'sinin beş yaşına gelmeden ölmesi kimse için şaşırtıcı değildir.*

**SR:** Amerika'nın bebek ölümleri sınıf ile çok zayıf ilişkilendirilebilecek olan yerleşim yeri ve etnisiteye göre kaydediliyor. Mississippi gibi daha yoksul eyaletlerde bebek ölüm hızları, Vermont gibi daha zengin eyaletlerdekinin iki katından daha fazla. Ve siyahi bebeklerde toplam bebek ölüm hızı, beyaz bebeklerdekinin iki-buçuk katı daha yüksek.

Siz de farklı caddelerde mortalite hızları bakımından farklılıklar gösteren bir rapor buldunuz.

**Engels:** Evet. *Dr. P. H. Holland Manchester'ın bir varoşunda çalışma yaptı. Holland evleri ve caddeleri üç sınıfa ayırdı ve ikinci sınıftaki caddelerde mortalitenin birinci sınıftaki caddelerdekinden yüzde 18 daha yüksek, üçüncü sınıftaki caddelerde mortalitenin birinci sınıftaki caddelerdekinden yüzde 68 daha yüksek olduğunu; ikinci sınıftaki evlerde mortalitenin birinci sınıftaki evlerdekinden yüzde 31 ve üçüncü sınıftaki evlerde mortalitenin birinci sınıftaki evlerdekinden yüzde 78 daha yüksek olduğunu; iyileştirme yapılan kötü caddelerde mortalitenin yüzde 25 azaldığını buldu. Holland raporunu sıradışı bir şekilde açıksözlü bir yorumla tamamladı.*

"Mortalite hızını bazı caddelerde diğerlerindekinden dört

kat daha yüksek, bütün sınıflardaki caddelerde diğer sınıflara göre iki kat yüksek olarak bulduğumuzda; dahası mortalitenin kötü koşullardaki caddelerin hepsinde yüksek, iyi koşullardaki caddelerin hepsinde düşük olduğunu bulduğumuzda, çok sayıda hemcinsimizin, yakın komşularımızın yüzlercesinin her yıl en aşikar tedbirlerin alınmaması nedeniyle yok oldukları sonucuna varmaktan kaçınamayız".

**SR:** Burada böyle detaylı çalışmalar nadir, fakat sonuçların kıyaslanabilir olacağından şüpheliyim.

**Kötü Besin**

**SR:** İşçi sınıf tarafından tüketilen besinlerin kalitesinin kötü olduğunu belgelediniz.

**Engels:** *İngiltere'nin büyük şehirlerinde en iyi besinler bulunabilir, fakat bu paraya mal olur ve evini birkaç pensle geçindirmek zorunda olan işçi bu yüksek fiyatları karşılayamaz. İşçilerin satın aldığı patates genellikle kötüdür, sebzeler pörsümüştür, peynir bayat ve kalitesizdir, pastırma kokmuştur, et yavan ve genellikle hastalıklı, taze olmayan ölü hayvan eti, genellikle yarı çürümüş ettir.*

*6 Ocak 1844'de (eğer yanılmıyorsam) Manchester'da 11 kasaba bozuk et sattıkları için ceza kesildi. Bunların her birinde bozulmuş durumdaki bir bütün sığır ya da domuza veya birkaç koyuna veya 50 – 60 pound ete el kondu. Bir tanesinde Liverpool'da satılamaz bulunarak Manchester'a gönderilmiş, bozuk ve kokmuş durumda pazara getirilmiş olan içi doldurulmuş 54 yılbaşı kazına el kondu. Fakat hepsi bunlar değil, hatta bunlar vasat bir ortalama dahi oluşturmaz.*

**SR:** Kontamine et ve sebze ürünlerinden çekmeye devam ediyoruz. İngiltere'de 1986'da daha sonra insanlar tarafından tüketilen sığırları hasta hayvan parçalarıyla beslemek, ölümcül bir beyin hastalığına (Bovine spongiform encephalopathy-BSE) neden oldu. Yüzden fazla insan öldü ve birçokları enfekte oldu. Kurbanların çoğu birçok karkastan oluşan bir havuzdan toptan üretilen ucuz kıyma yiyen işçilerdir.

Bugün besinler sizin zamanınızda olduğundan çok daha büyük bir ölçekte üretiliyor ve dağıtılıyor. Bu durum kontaminasyon sorununu daha da ciddi bir hale getiriyor. ABD'de ilk enfekte sığır 2003 yılında ortaya çıktı ve tanı doğrulanmadan önce enfekte hayvanın eti sekizden fazla eyalete dağıtılmıştı. Sığırın enfekte omuriliği kedi-köpek, domuz ve kanatlı hayvanların besinine karışmıştı.
**Engels:** *Ve zabıtaların gevşek denetiminden kaçmış birçok vaka ve yakalananlara anlaşılmaz şekilde ne kadar küçük cezalar verildiği göz önüne alındığında bu işi yapmanın ne kadar çekici olabileceği anlaşılır. Bir et parçasının zabıta tarafından el konmak için ne duruma gelmesi gerektiği düşünüldüğünde, işçilerin her zaman iyi ve besleyici et elde edebileceğine inanmak olanaksızdır.*
**SR:** Besin teminini korumak için çok daha fazla düzenlememiz var, fakat bunlar çok gevşek bir şekilde uygulanıyor. Şirketlerin kendi kendilerini düzenlediklerine "güveniliyor". Sorunlar ortaya çıktığında hükümetin ilk kaygısı sanayinin karlarını korumak oluyor. İlk enfekte sığır bulunduktan sonra Tarım Bakanlığı bize "*besin tementinin tamamen korunduğu ve tüketicilerin bu ülkedeki sığır etinin yemek için çok güvenli olduğundan tamamen emin olması gerektiği*" güvencesi verdi. Daha fazla hastalıklı sığır belirlendiğinde, Tarım Bakanlığı BSE testlerini azalttığını ilan etti. Daha az test yapılması, hasta hayvan belirleme şansını azaltır.
**Engels:** *Kapitalistler işçi sınıfının sıkıntısını gizleme sanatında ilerledi.*
**SR:** Aynı zamanda yaygın gıda tağşişini de tanımladınız.
**Engels:** *Satıcılar ve üreticiler her tür besini tüketicilerin sağlığını hiç dikkate almaksızın zalimce ve tağşiş ederler. Fakat bunun için benim sözüme güvenmeyin. Gelin Liverpool Mercury'ye kulak verelim (hasımlarımın ifadeleri beni mutlu eder):*
*Tuzlu tereyağı kilolarca taze tereyağı biçiminde kalıplanır ve teze tereyağıyla birlikte ambalajlanır. Diğer bir durumda bir pound taze tereyağı tadımlık bırakılır; fakat bu parça*

*satılmaz; başka durumlarda tuzlu tereyağı yıkanır, kalıplanır ve taze olarak satılır... Dövülmüş pirinç ve diğer ucuz maddeler şekere karıştırılır ve tam tekel fiyatına satılır. Bir kimyasal madde de –sabun fabrikalarının bir atığı – diğer maddelerle karıştırılarak şeker gibi satılır... Kakaoya ince kahverengi toprak kuyruk yağı ile yoğrularak katılır... Tütünün her biçimine, her tür iğrenç şey karıştırılır.*

**SR:** Bugün de farklı değil. Hali-vakti yerinde olanlar taze, organik diyet satın alabilirken, işçilerin gıdası hileli olmaya devam ediyor. Rengi, kokuyu, kıvamı ve raf ömrünü arttırmak için uzun bir katkı maddesi listesi içermeyen ucuz bir besin bulmak hemen hemen olanaksızdır. Bu katkı maddelerinin çoğu sindirilemez veya zararlıdır, fakat bunlar ucuz gıdaları çok karlı hale getirmektedir. Bu hileli besinler işçi sınıfının karnını doldurarak sindirim bozuklukları, beslenme yetersizliği, obezite ve diyabet oluşturur.

**Çocuklara İlaç Verilmesi**

**SR:** Çocukları sakinleştirmek için onlara "*içki, hatta opium verilmesini*" kınıyorsunuz.

**Engels:** *En zararlı açıkta satılan ilaçlardan biri Godfrey's Cordial adıyla, opiatlarla (başlıca laudanum) hazırlanan bir şuruptur. Evde çalışan ve kendilerinin ve başka insanların çocuklarına bakan kadınlar, çocuklara onları sakin tutmak ve çoğunun inandığı gibi onları güçlendirmek için bu şurubu verirler. Kadınlar genellikle bu ilacı vermeye çocuk yeni doğduğunda başlarlar ve bu "sakinleştiricinin" etkilerini bilmeksizin çocuk ölene kadar devam ederler. Çocuğun bedeni opiumun etkisine ne kadar az duyarlıysa, ilaç o kadar çok verilir. Şurup etki göstermemeye başladığında, laudanum tek başına genellikle 15 – 20 damlalık bir dozda verilir. Çocuklar üzerine etkileri kolayca tahmin edilebilir. Çocuklar soluk, dermansız, solgundur ve genellikle ikinci yaşını doldurmadan ölürler. Krallığın bütün büyük şehirlerinde ve sanayi bölgelerinde bu şurubun kullanımı çok yaygındır.*

**SR:** Bugün çocuklara ilaç verilmesi salgın boyutuna ulaştı.

Milyonlarca gence, onları sakin ve itaatkar tutabilmek için bağımlılık yapıcı maddeler reçete ediliyor.
Birçok paralelliğe karşın sanayileşmiş ülkelerde işçilerin durumu, sizin zamanınızda olduğundan genelde daha iyi. Siz bunu kitabınıza 1892'de yazdığınız önsözde "*bu kitapta tanımlanan en üzüntü verici suistimaller ya kaybolmuş ya da daha az göze çarpar hale gelmiştir*" diyerek kabul ettiniz.
**Engels:** Kitabımda tanımlanan şeylerin durumu İngiltere söz konusu olduğunda birçok bakımdan geçmişte kalmıştır. Yineleyen kolera, tifüs, çiçek ve diğer salgınlar İngiliz burjuvasına, kendisini ve ailesini bu hastalıklara kurban vermek istemiyorsa kentlerinde ve şehirlerinde acil sanitasyon gereksinimi olduğunu gösterdi. Dahası kapitalistler işçi sınıfının yardımı olmaksızın ülkede asla tam bir toplumsal ve politik güç elde edemeyeceklerini giderek daha iyi öğreniyorlardı. Bu nedenle İşçilerin yaşam standartlarını yükselten reformları kabul ettiler.
**SR:** Tanımladığınız en kötü sorunlar şimdi en yoksul ülkelerde bulunabilir. Hatta daha fazlası, kirli hava, besin ve su, en zengin ülkeleri bile uğraştırmaya devam ediyor. Sağlığı korumak için gerekli bilim ve teknolojimiz var, fakat kar dürtüsü bunları etkin kullanmamızı engelliyor.
Kitabınız daha birçok sorunu ele alıyor ve tartışabileceğimiz çok şey vat, fakat gelin çözümlerle ilerleyelim.
**Ne yapmalı?**
**SR:** DSÖ raporu sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için yaşam ve çalışma koşullarını iyileştirmeyi ve gücü, parayı ve kaynakları daha eşit dağıtmayı tavsiye ediyor. Ve bir dizi "Ne Yapmalı" kutusunda DSÖ özgül öneriler getirmekte:
Erken çocukluk gelişimine ve kadınların eğitimine yatırım yapın.
Kızların ve erkeklerin okula girişleri ve okulda kalmaları önündeki engelleri kaldırın.
Herkese temiz su, sanitasyon sistemleri ve elektrik sağlayın.
Herkese güvenli, güvenceli ve adil-ücretli iş, bütün yıl çalış-

ma fırsatı ve sağlıklı bir iş-yaşam dengesi garanti edin. Kimsenin kendi kontrolü dışındaki koşullar nedeniyle altına düşmeyeceği sağlıklı bir yaşam standardı garanti edin. Kaliteli sağlık bakımı hizmetlerine herkesin erişmesini sağlayın.

**Engels:** Bu tedbirleri nasıl uygulayacaklar?

**SR:** Komisyon "*sağlık için esas olan temel hizmetlerin (su/sanitasyon gibi) sunumunda ve sağlığa büyük etkisi olan mal ve hizmetlerin (tütün, alkol ve besin gibi) düzenlenmesinde devletin birincil rolüne*" vurgu yapıyor.

**Engels:** Kapitalist sınıf şimdiye kadar hiç toplumsal acılara ciddi olarak eğildi mi? Hacimli raporları hükümet raflarındaki atık kağıt yığınları arasında ebediyen uyuklamaya mahkum yarım düzine soruşturma komisyonunun masraflarını ödemekten fazlasını yaptı mı? Hatta büyük çoğunluğun durumu üzerine herkesin kolayca bazı bilgiler edinebileceği şu kokuşmuş mavi-kitaplardan, okunabilir tek bir kitap derlemekten fazlasını yaptı mı? Gerçekten hayır, bunlar kapitalist sınıfın konuşmayı sevmediği şeyler.

**SR:** Dediğiniz gibi kapitalistler iktidarda kalabilmek için işçi sınıfının işbirliğine muhtaç ve sağlıkta eşitsizlikler görmezden gelinemeyecek kadar ciddi ve küresel bir hale geldi. Şimdi işçi sınıfının koşulları üzerine bir rapor dağımız var, fakat hiçbiri belgeledikleri sorunlar için kapitalizmi suçlamıyor. Hepsi devleti düzenlemeler yoluyla kapitalist sınıfın açgözlülüğünü gemlemeye çağırıyor.

**Engels:** Düzenlemeler karadutlar kadar bol; fakat düzenlemeler yalnızca işçilerin sıkıntılarını sınırlar, sıkıntıları ortadan kaldıramaz. Size kapitalist sınıfın yalnızca işçi sınıfını yarattıklarından yoksun bırakarak var olabileceğini anımsatmam gerekir mi? Bu toplumu giderek daha fazla *Rothschildler'e ve Vanderbiltler'e,* bir yanda bütün üretim ve geçim araçlarının sahiplerine ve diğer yanda kendi emek-güçlerinden başka bir şeyleri olmayan çok sayıda ücretli-emekçilere bölmeye eğilimli bir sistemin temelidir. Böylece her türden eşitsizliğe şu veya bu ikincil yakınma

değil, sistemin kendisi neden olur -bu gerçek kapitalizmin gelişimiyle açıkça ortaya çıkar.
**SR:** DSÖ raporu buna katılmıyor: "*özel sektörün*" bize özellikle çalışma koşullarını iyileştirerek "*sağlığı ve iyiliği iyileştirebilecek çok şey sunabileceği*" sözü veriyor. DSÖ aynı zamanda "*özel sektör etkinliklerinin ve hizmetlerinin (yaşam kurtarıcı ilaçların üretimi ve patentlenmesi, sağlık sigortası planlarının sunumu gibi) sağlıkta eşitliğe katkıda bulunduğunu ve sağlıkta eşitliğin altını oymadığını*" söylüyor. Ancak bu önlemlerin hiçbiri karlı değil. Aksine bunların hepsi karları azaltabilir. Bu kurttan piliç yememesini, pilicin sağlığını korumasını istemeye benziyor.
**Engels:** *Bir insan, bir başkasına ölüme yol açan bedensel bir zarar verdiği zaman buna adam öldürme diyoruz; saldırgan, vereceği zararın öldürücü olduğunu önceden biliyorsa o zaman buna cinayet diyoruz.*
Toplum, yüzlerce işçiyi, çok erken yaşta doğal olmayan bir ölümle yani kılıç ya da kurşunla ölüm gibi zorba yollardan ölümle karşı karşıya geleceği bir konuma koyduğu zaman, toplumun yaptığı şey, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikle cinayettir. Toplum binlerce insanı yaşamın gereklerinden yoksun bıraktığı, içinde yaşayamayacakları konumlara soktuğu -kaçınılmaz sonuç olan ölüm gelinceye dek o koşullarda kalmaya yasanın güçlü eliyle zorladığı- bu binlerce mağdurun yok olacağını bildiği ve gene de bu koşulların sürmesine izin verdiği zaman, toplumun o yaptığı, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikte cinayettir. Örtülü, kasıtlı cinayettir; hiç kimsenin kendisini savunamadığı bir cinayettir; kimse katili görmediği için, mağdurun ölümü doğal göründüğü için cinayet gibi olmayan cinayettir; çünkü suç bir şeyi yapmaktan çok yapmamanın sonucudur. Ama cinayettir.
Kapitalizm her gün ve her saat toplumsal cinayet işliyor. Kapitalizm işçileri ne sağlıklı kalabilecekleri, ne de uzun yaşayabilecekleri koşullar altına koydu; kapitalizm bu işçilerin yaşam gücünün kademeli olarak, parça parça altını

oyar ve onları zamanı gelmeden mezara gönderir. Kapitalist sınıf bu koşulların işçilerin sağlığına ve yaşamına ne kadar zararlı olduğunu bilir, fakat bu koşulları iyileştirmek için hiçbir şey yapmaz.

**SR:** Kitabınız kapitalist sınıfı "*ya itiraz edilemez cinayet suçlaması altında ve bu suçlamaya rağmen egemenliğini sürdürmeye veya emekçi sınıflar lehine iktidarı bırakmaya*" davet ediyor. "*Kapitalist sınıf şimdiye kadar ilk yolu seçti*". Onların gerçekten egemenliklerini bırakmalarını beklediniz mi?

**Engels:** İtiraf edeyim ki kitabı yazdığımda yalnızca 24 yaşındaydım ve sosyalizmin yalnızca işçilerin değil, insanların sorunu olduğunu vurguladığımda henüz politik olarak olgunlaşmamıştım. Bu soyut olarak doğru, fakat kesinlikle yararsız ve bazen uygulamada daha da kötü. Varlıklı sınıflar özgürleştirme arzusu hissetmeyip, aksine işçi sınıfının kendisini özgürleştirmesine hararetle muhalefet ettikçe, toplumsal devrim yalnızca işçi sınıfı tarafından hazırlanmak ve uğrunda savaşılmak zorundadır.

*Ve bugün kendi yüksek "tarafsızlık" bakış açılarından işçilere kendi sınıf çıkarları ve sınıf mücadelelerinin üzerinde yükselen bir Sosyalizm vaaz edenler ve çatışan sınıfların hepsinin çıkarlarını daha yüksek insancıllık içinde uzlaştırma eğilimindekiler –bu insanlar ya öğrenecek çok şeyleri olan naiflerdir veya işçi sınıfının en kötü düşmanlarıdır – koyun postuna bürünmüş kurtlardır. Bunu Ütopik ve Bilimsel Sosyalizm kitabımda daha iyi açıkladım.*

**SR:** Kapitalistlerin sizi neden Toplumcu Tıbbın kurucusu olarak kabul etmediklerini anlayabiliyorum. Onlar hala sizin *sağlığı iyileştirmenin ve sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırmanın tek yolunun sınıf ayrılıklarını ortadan kaldırmak* olduğu şeklindeki ısrarınızdan ürküyorlar. Fakat kanıtlar sizi haklı çıkartmaya devam ediyor.

Amerikan kentlerinde 1998 yılında yapılan bir çalışma gelirde fark ne kadar büyükse, yalnızca yoksullar için değil, bütün gelir düzeylerinde ölüm hızının o kadar yüksek ol-

duğunu buldu. Gelir eşitsizliğini ABD'deki en alt düzeye indirmenin, kalp hastalıklarını eradike ederek veya akciğer kanseri, diyabet, motorlu araç kazaları HIV enfeksiyonu, intihar ve cinayetlerin hepsinin önlenmesiyle kurtarılabilecek yaşamların toplamı kadar yaşam kurtarabileceği bulundu. Dahası DSÖ raporu, ırkçılığa son verilebilmesi halinde siyahi ve beyaz Amerikalılar arasındaki mortalite hızlarının aynı olacağını, 1991 ve 2000 yılları arasında gerçekleşmiş 886.202 ölümden kaçınılmış olunabileceğini hesapladı. Aynı dönemde tıptaki ilerlemeler yalnızca 176.663 yaşamı kurtardı. Ve yoksul ülkelerde yaşam standartları yükseltilerek milyonlarca insanın yaşamı kurtarılabilirdi.

**Engels:** Açıkçası ihtiyaç her zamankinden daha büyük. Fakat işçiler bir sınıf olarak karşı koymadıkça hiçbir ilerleme olamaz.

**SR**: Bu çok doğru. DSÖ raporu bir gümbürtü ile başlıyor – EŞİTSİZLİKLER İNSANLARI ÖLDÜRÜYOR – ve değişim için "politik istek" dilenen bir sızlanmayla sona eriyor. Bizimle konuşmaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

**Engels**: Bana teşekkür etme. *Örgütlen!*

## Kaynaklar

**Aittomaki, A. (2008).** *Social Class Inequalities in Ill Health – the contribution of physical workload* (A doctoral thesis). Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Helsinki. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20322/socialcl.pdf?sequence=1. (Erişim: 6 Şubat 2013).

**Acheson, ED. (1990).** *Edwin Chadwick and the world we live in.* Lancet, 336:1482–1485.

**Akalın, MA. (2000).** *Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi.* İzmir: KSGB Yayınları.

**Boguslavsky, BM., Karpuşin, VA., Rakitov, AI., Çertikin, VY. ve Ezrin, GI. (2006).** *Diyalektik ve Tarihsel Materyalizmin Abecesi.* Ankara: Sol Yayınları.

**Chadwick, E. (1842).** *Report on the sanitary condition of the labouring population and on the means of its improvement.* London. http://www.deltaomega.org/ChadwickClassic.pdf. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Clark, B. ve Foster, JB. (2006).** *An Introduction to Selections from Frederick Engels's The Condition of the Working Class in England in 1844.* Organization and Environment, 19(3): 375 – 388.

**Engels, F. (1845[1997]).** *İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu.* İstanbul: Sol Yayınları.

**Kay-Shuttleworth, J. (1832).** *The Moral and Physical Condition of the Working Classes of Manchester.* London : Ridgway http://www.archive.org/details/moralphysicalcon00kaysuoft (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Krieger, N. ve Birn, A. (1998).** *A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848.* American Journal of Public Health, 88(11): 1603 – 1606.

**Kogevinas, M., Pearce, N., Susser, M. ve Boffetta, P. (Ed) (1997).** *Social Inequalities and Cancer.* IARC Scientific Publications No. 138: 65–176.

**Kuhnke, L. (1990).** *Lives at Risk: Public Health in Nineteenth-Century Egypt.* Berkeley: University of California Press. http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft5t1nb3mq/. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Lenin, Vİ. (1896).** *Frederick Engels.* Rabotnik No: 1 – 2. http://www.marxists.org/archive /lenin/works/1895/misc/engels-bio.htm. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Lenin V. (1919).** *A Great Beginning.* Collected Works. Vol. 29. Pp. 408 – 434. http://www.marxists.org/archive/lenin/works/1919/jun/19.htm (Erişim: 16.11.2012)

**Marx, K. ve Engels, F. (2011).** *Komünist Parti Manifestosu.* İstanbul: Siyah Beyaz Kitap.

**Novick, LF., Morrow, CB., Mays, GP. (Ed). (2001).** *Public health administration: principles for population-based management*. Sudbury: Jones and Bartlett.

**Palmer, S. (1998).** *From public health to the health of the public.* BMJ, 29; 317(7158): 550 – 551.

**Rosenthal, S. (2008).** *Engels and the WHO Report.* Dissident Voice. September 2nd, 2008. http://dissidentvoice.org/2008/09/engels-and-the-who-report/ (Erişim: 1 Şubat 2013).

**SBKP Merkez Komitesi Marksizm-Leninizm Enstitüsü. (1997).** *Friedrich Engels: Biyografi.* İstanbul: Sorun Yayınları.

**Soyer, A. (2003).** *Halk Sağlığının Doğuşu ve Şekillenişi.* Toplum ve Hekim, 18(3): 186 – 195.

**Waitzkin, H. (1981).** *The Social Origins of Illness: A Neglected History.* International Journal of Health Services, 11(1): 77 – 103.

**Walker, P. ve Marie, J. (Ed.). (2011).** *From Public Health to Wellbeing: The New Driver for Policy and Action.* Palgrave Macmillan.

**Wilkinson R. (1996).** *Unhealthy societies: the afflictions of inequality.* London: Routledge.

**Wilkinson, R. ve Marmot, M. (2003).** *The Solid Facts. Social Determinants of Health.* 2nd Ed. WHO: Denmark.

# 3. Bölüm
# Tıp Bir Sosyal Bilimdir

*"Tıp bir sosyal bilimdir; ve politika geniş ölçekte uygulanan tıptan başka bir şey değildir[1]".*

Birçokları tarafından toplumcu tıbbın babası olarak kabul edilen Rudolf Virchow, 1821 yılında bugünkü Polonya'nın kuzeybatısındaki Koszalin kenti yakınlarında bulunan Schivelbein kasabasında, orta halli bir tüccar ailesine doğdu. 1839 yılında girdiği Berlin Askeri Tıp Fakültesi'ni (Friedrich-Wilhelm Enstitüsü) 1843'de bitirdi[2]. Berlin Charité Hastanesi'nde intörnlüğünü tamamladıktan sonra 1846 yılında lisans sınavını vererek, Robert Froriep'in yanında patoloji dersleri vermeye başladı. 1847'de askeriyeden ayrıldı ve Charité Hastanesi'ndeki görevine ek olarak Berlin Üniversitesi'nde öğretim görevlisi oldu[3].

Çok renkli ve fırtınalı bir yaşam süren Virchow'un detaylı bir biyografisini sunan Ackerknecht, Virchow'un yaşamında başlıca dört alanda sivrildiğini belirtmektedir: patoloji, halk sağlığı, antropoloji (Truva'nın ortaya çıkartılması dahil) ve politika. Virchow'a *"Patoloji'nin Babası"*, *"Alman*

---

[1] "Medicine is a social science, and politics is nothing more than medicine on a grand scale." (R. Virchow).

[2] Bu dönemde askeri tıp fakültesi tıp eğitimi almak için maddi gücü olmayan öğrencileri karşılığında askeri hekim olarak görev yapmak üzere burslu okutmaktadır.

[3] Virchow'un öğrencileri arasında Edwin Klebs, Ernst Haeckel ve Adolf Kussmaul gibi Alman figürler yanında daha sonra ABD'de Johns Hopkins hastanesini kuran William Welch ve William Osler de bulunmaktadır.


Rudolph Carl Virchow

*Hekimliğinin/Tıbbının Babası*" ve "*Toplumcu Tıbbın Babası*" unvanları layık görülmüştür.

80 yıllık yaşamına *iki binden fazla* eser sığdıran Virchow'un tıbba en önemli katkılarından biri, patolojik sürecin temel birimi olarak *hücre kuramının* kapsamlı bir şekilde sunulduğu *Hücresel Patoloji*'dir. Ancak bu kitapta Virchow, *toplumcu tıp yaklaşımının oluşumu ve gelişimine katkısı* bakımından ele alınacaktır.

1847/8 kışında nüfusunun çoğunluğunu Polonyalı azınlığın oluşturduğu, ekonomik bakımdan çöküntü içinde olan bir Prusya eyaleti olan Yukarı Silezya'da[4] büyük bir salgın patlak vermiştir. Birkaç yıldır bölgede hüküm süren *kıtlığa* salgının eklenmesiyle durum bir skandal halini almaya başlayınca, merkezi hükümet kendisini bir şeyler yapmak zorunda hissetmiştir.

Bu dönemde böyle durumlarda uygulanan standart izlek, bölgeye dışarıdan bir uzman heyet göndermek ve hazırlanan rapora göre gerekli tedbirleri almaktır. Bu kez görev için genç (mesleğinin üçüncü yılında) bir hekim olan Virchow uygun bulunmuştur. Virchow Yukarı Silezya'da salgının patlak verdiği kömür madenlerinde 20 Şubat – 10 Mart 1848 tarihleri arasında madencilerin ve ailelerinin yaşam ve çalışma koşullarını incelemiş ve bir *Rapor* hazırlamıştır.

**Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu**[50]

-Rapor, Yukarı Silezya'nın coğrafi, antropolojik ve toplumsal bakımdan tanımıyla başlamaktadır:
> Bölgenin coğrafi yapısına, iklimine, yeryüzü şekillerine, jeolojisine, nehirlerine ve ormanlarına ilişkin bilgiler, bunların yerle-

[4] Bu bölge günümüzde Polonya sınırları içindedir.

şim, sanayi ve tarımla ilişkileri içinde verilmektedir.
> Bölgenin kısa tarihi ile birlikte toplumun kökenleri, dili ve özellikleri sunulmaktadır. Polonya ile Almanya arasında bulunan Alman işgali altındaki bu bölgenin ne kadar geri, gelişmemiş ve yoksul olduğu anlatılmaktadır.
> Bölgenin toplumsal, politik ve idari yapısına ilişkin bilgiler verilmektedir. Katolik Kilisesi'nin toplum üzerindeki etkisi, yerel ve merkezi hükümetlerin sorunlara yaklaşımları ve vergi sisteminin özellikleri (adaletsizliği) tartışılmaktadır. Toplumsal katmanlaşma (büyük toprak sahipleri ve topraksız köylüler, maden işçileri) ve sonuçları, bölgenin tarımsal ve endüstriyel olarak içler acısı hali tanımlanmaktadır.
-Rapor, toplumun barınma koşullarını, eğitim durumunu, beslenme alışkanlıklarını, alkol kullanımını ve toplumda yaygın geleneksel tıp uygulamalarını tanımlayarak devam eder:
> Barınma koşulları altında, ev tipleri (mimarisi), hane halkı büyüklükleri ve evlerini ısıtmakta kullandıkları yöntemler, ayrıntılı olarak incelenmektedir.
> Beslenme yetersizliği prevalansı detaylı olarak sunulmakta ve beslenme yetersizliğinin hastalıklara yatkınlık yaratması ve hastalığın gidişi ve sonucu üzerine yıkıcı etkileri açıklanmaktadır.
> Bölgede olumsuz hava koşullarına bağlı yaşanan kıtlığın toplum sağlığı üzerine etkileri tartışılmaktadır. Kıtlıktan özellikle yoksulların etkilendiği belirtilmektedir.
-Bu dönemde tıp henüz tifüs, tifo ve tekrarlayıcı ateş arasında açık bir ayırıcı tanıya gidememektedir (bunların bakteriyolojik etmenleri yüzyılın sonunda ortaya konabilecektir). Virchow hastalığın (tifüs) tanı ve diğer salgın hastalıklarla ayırıcı tanı ölçütleriyle ayrıntılı bir şekilde tanımını yapmaktadır. Hastalık uygun tedavi edilmediği takdirde ortaya çıkabilecek komplikasyonları sıralamaktadır. Dokuz vaka sunumu vermektedir.
-Hastalığın patolojisini tanımlar ve bulguları sıralarken, bunları beş otopsi raporu ile desteklemekte ve özetlemektedir.
-Hastalığın nedenlerine ilişkin bölümde, öncelikle tifüs etiyolojisine ilişkin mevcut kuramları ve düşünceleri sıralamakta ve bunları değerlendirmektedir. Bu kuram ve düşüncelerin hiç birinin salgını açıklayamadığını belirten Virchow, tifüsü (elinde biyolojik bir kanıt bulunmamasına karşın) bulaşıcı bir hastalık olarak ta-

nımlamaktadır.
-Rapor salgına ilişkin epidemiyolojik bir çalışma ile devam eder:
> Bölgedeki endemik hastalıkları tanımlamakta ve bunların özelliklerini sıralamaktadır.
> Salgına ilişkin morbidite ve mortalite rakamlarını veren Virchow vakaya özgü ölüm hızını hesaplar.
> Vakaları yaşlarına, cinsiyetlerine, mesleklerine ve toplumsal sınıflarına göre sınıflandıran Virchow, çeşitli toplumsal *sınıflar* arasındaki morbidite ve mortalite farklılıklarını ortaya koyar.
> Vakaların bireysel fiziksel durumlarını ve beslenme alışkanlıklarını aktararak, bireylerin hastalığa karşı olası yapısal yatkınlıklarını tartışır.
> Vakaların bireysel özellikleri arasında kişisel hijyen, eğitim düzeyleri, uyku alışkanlıkları, geleneksel tedavi yöntemleri ve alkole yatkınlık gibi özelliklerini değerlendirir ve bunların salgınla olan ilişkilerini tartışır.
> Geçirilmiş enfeksiyonlara bağlı bir bağışıklığın varlığına ilişkin güçlü kanıtlara işaret ederek, bu bazı vakalardaki hafif klinik seyri açıklar.
-Bu dönemde henüz tifüs tedavisinde yeterli gelişme sağlanamamış olduğundan, Rapor'unda hastaların tedavisine yönelik fazla öneri yer almamaktadır.
-Salgına yönelik alınması gereken *kısa erimli* ve ileride benzer bir salgından kaçınabilmek için alınması gereken *uzun erimli* önlemler sıralanmaktadır:
> Kısa erimli önlemler:
• Profesyoneller ve bölge halkının temsilcilerinden ortak bir planlama komitesi oluşturulması
• Hekimler, yerel ve merkezi devlet görevlilerinden oluşan kurumlar arası bir konsey oluşturulması,
Yoksullara gıda temininin örgütlenmesi
Yeni vakalar için bir bildirim/uyarı sistemi oluşturulması
Tıbbi bakımın örgütlenmesi
> Uzun erimli önlemler:
• Tam ve sınırsız demokrasi, demokratik bir hükümet
• Kısmi özyönetim ve yerel yönetimin geliştirilmesi
• Ücretsiz ve anadilde eğitim (kızlar dahil)
• Devlet ve kilisenin mutlak ayrımı

- Mevcut vergi sisteminde reformla yükün yoksullardan zenginlere aktarılması
- Tarımın iyileştirilmesi (toprak reformu) ve sanayinin geliştirilmesi
- Hızlı kalkınma ve yaşam standartlarının yükseltilmesi için bölgeye uzmanlar gönderilmesi
- Yollar yapılması
- Gıda ambarları oluşturulması ve kooperatifleşme

*"Artık sorun bir tifüslü hastayı veya diğerini ilaçlarla veya gıda, barınma ve giyim düzenlemeleriyle tedavi sorunu değildir. Şimdi sorunumuz moral ve fiziksel bakımdan bozulmanın en alt düzeyindeki bir buçuk milyon yurttaşımızın sosyoekonomik durumudur. Bir buçuk milyon kişi söz konusu olduğunda palyatif tedbirler işe yaramaz. Sorunu çözmek için radikal olmalıyız. ... Yukarı Silezya'ya müdahale etmek istiyorsak, bütün nüfusun iyileştirilmesiyle işe başlamalıyız ve genel ortak çabayı harekete geçirmeliyiz... İnsanlar gereksindikleri şeyi kendi çabalarıyla elde etmelidir".*

**Rapor'un Toplumcu Tıbbın Gelişimindeki Yeri ve Önemi**

Daha önce de belirtildiği gibi Virchow'un Raporu tarihteki *ilk* salgın incelemesi olmayıp, dönemin Avrupa ülkelerinin çoğunda bilinen *rutin* bir uygulamadır. Raporu *farklı* kılan ve tarihsel bir belge haline getiren hazırlanmasında kullanılan *yöntem*dir.

Rapor, sunulduğu makamlarda kelimenin tam anlamıyla bir şok etkisi yaratmıştır. Bu döneme kadar salgın incelemelerinde hazırlanan raporlar da, Virchow'un Raporu gibi önce bölgeyi coğrafi, antropolojik ve toplumsal bakımdan tanıtmakta, fakat *bölgenin antropolojik ve özellikle toplumsal özellikleriyle sağlık sorunu arasında bir ilişki* aranmamaktadır. Oysa Virchow bölgenin bu özelliklerini salgına olası *etkileri* yönünden değerlendirmekte ve her birinin tek tek salgının ortaya çıkmasına, seyrine, morbidite ve mortaliteye nasıl katkıda bulunduğunu kanıtlarıyla birlikte ortaya koymaktadır.

Salgının epidemiyolojik olarak analizi de bir *yenilik* değildir. Uzun za-

mandır hekimler vakalarını yaşlarına, cinsiyetlerine, mesleklerine göre ayırmakta, bireylerin barınma, beslenme, eğitim durumu gibi özelliklerini değerlendirmektedir. Virchow'un farkı, bu değişkenlerle hastalık arasındaki ilişkileri *sınıfsal bir yaklaşımla* tartışmaktır. Raporu sıra dışı yapan, her bir değişkenin tek tek farklı sınıflardaki morbidite ve mortaliteye katkıları bakımından ayrıntılı olarak değerlendirilmesidir.

Virchow'un bu çalışması aynı zamanda hastalıkları toplum düzeyinde anlamakta niceliksel yaklaşımın ilk örneklerindendir. Özgül ajanlar veya maruziyetlerin önemi kabul edilmekle birlikte, hastalığın açıklanması bu faktörlere indirgenmemektedir.

Toplumun bütün kesimlerini değil, yalnız dezavantajlı kesimlerini etkileyen salgınların *suni (yapay) salgınlar* olduğunu ileri süren Virchow, bu salgınlardan toplumsal eşitsizlikleri sorumlu tutar:

> "*Suni salgınlar* toplumun ürünlerdir, yapay bir kültürün veya bütün sınıflara açık olmayan bir kültürün ürünleridir. Bunlar politik ve toplumsal örgütlenme tarafından üretilen kusurların göstergeleridir ve bu nedenle esas olarak kültürün avantajlarından yararlanmayan sınıfları etkilerler".

Rapor'un alınmasını önerdiği *önlemler* kısmı ise tamamen sıra dışıdır. Virchow'un önerilerini sıra dışı yapan, *hastalığın ve salgının etiyolojisine ilişkin yaklaşımıdır.* Hastalığın oluşmasına ve gelişmesine katkısı olan bütün etiyolojik etmenlere yönelik önlemler, kısa erimli ve uzun erimli olarak sıralanmıştır. Yani Virchow'un önerdiği önlemler kadar, bunları *önerme nedenleri* Rapor'u sıra dışı kılmaktadır.

• Profesyoneller ve bölge halkının temsilcilerinden ortak bir planlama komitesi oluşturulması

Günümüzde buna *sağlık hizmetlerine toplum katılımı* diyoruz. Virchow bunu Rapor'unda, günümüzde çoğu kez kullanıldığı gibi içi boş bir slogan olarak değil, bu planlama toplumun katılımı sağlanmadan yapıldığı takdirde, yani toplumun gereksinimleri belirlenmeden yapıldığında alınacak önlemlerin etkin olmayacağını kanıtlarıyla ortaya koyarak yazmıştır.

• Hekimler, yerel ve merkezi devlet görevlilerinden oluşan kurumlar

arası bir konsey oluşturulması, yoksullara gıda temininin örgütlenmesi Günümüzde buna *sektörler arası işbirliği* diyoruz. Virchow bunu Raporunda, yine günümüzde çoğu kez kullanıldığı gibi içi boş bir slogan olarak değil, bu işbirliği yapılmadığı takdirde salgınla baş edilemeyeceğini kanıtlarıyla ortaya koyarak yazmıştır. Biyolojik etmenler yanında sosyoekonomik ve politik etmenlerin de oluşumunda ve gelişiminde katkısı bulunan sağlık sorunlarının, bu doğaları gereği salt *tıbbi* tedbirlerle çözülemeyeceği; yani *sosyal, ekonomik ve politik tedbirlerin* de alınması gerektiği, bu tedbirleri sağlıkçıların almasının mümkün olmadığı ve bu nedenle sektörler arası işbirliğinin şart olduğu anlatılmaktadır. Örneğin sağlıkçı bu konseyde beslenme yetersizliği sorununu ortaya koyacak, ama çözümü için gerekli adımları sağlık dışındaki kurumlar atacaktır.

- Yeni vakalar için bir bildirim/uyarı sistemi oluşturulması
- Tıbbi bakımın örgütlenmesi

Bu önerilerden ne kastedildiğini anlamak için, dönemin tıbbi hizmetleri örgütleme anlayışı anımsanmalıdır. Bu dönemde sağlık *bireysel* bir sorun olarak algılandığından, tıbbi hizmetlerin örgütlenmesi de *bireysel sağlık sorunlarına* yöneliktir. Her ne kadar salgın hastalıklar çok sayıda bireyi aynı anda etkilediği ve çözümlerinin bireylerin tek tek tedavisi dışında daha genel, daha topluma yönelik önlemler (karantina önlemleri, sanitasyon çalışmaları vb) almayı gerektirdiğinin farkına varılmış olsa da, henüz buna uygun bir etkin yapılanma (bulaşıcı hastalıklar için genel bir bildirim sistemi) örgütlenmemiştir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin *bütüncül* olarak sunulduğu bir sağlık hizmeti anlayışı neredeyse bir yüzyıl ileridedir. Virchow bu önerileriyle *topluma yönelik sağlık hizmeti* sunacak örgütlenmelere olan gereksinime vurgu yapmaktadır.

> "Gelecekte gözlerimizin önünde Yukarı Silezya'da ortaya çıkan duruma benzer durumlar nasıl önlenebilir sorusunun mantıklı yanıtı çok kolay ve basittir: *Eğitim ile birlikte özgürlük ve refah*".

Raporun uzun erimli önlemleri 21. yüzyılda dahi birçoklarına oldukça radikal ve bir hekimin kaleminden çıkması "*beklenmeyecek*" öneriler gibi görünebilir. Çoğu insan örneğin tifüs salgınının bir daha tekrarlanmama-

sı için neden *sınırsız demokrasiye* gereksinim olduğunu veya neden *kız çocuklarının* okula gönderilmesi gerektiğini anlamakta güçlük çekebilir. Hele Kilise ile devletin ayrılmasının, Kilisenin toplumsal yaşama müdahalesinin *önlenmesinin* sağlıkla ilgili bir tedbir olarak tanımlanması kolay anlaşılır bir şey değildir. Bütün bunların ve diğer birçok şeyin sağlık/hastalıkla ne ilgisi olduğunun anlaşılabilmesi için Virchow'un bunları neden önerdiğine bakmak gerekir.

**Diyalektik Maddeciliğin Tıbba Uygulanması**

Virchow'un Raporunu *farklı* kılan ve onu bir tıp klasiği haline getirenin yalnız önerileri değil, *yöntemi* olduğu belirtilmişti. Bu yöntem *diyalektik maddeci* yöntemdir.

Virchow'un biyolojik ve toplumsal sorunlara *diyalektik* yaklaşımının kaynağı Hegel'dir. Biyolojik düzeyde, humoral - solidistik (bu dönemde patogeneze ilişkin iki zıt yaklaşım) veya vitalistik (dinamik) - mekanistik ikilikler gibi doğal süreçleri, hücresel patoloji gibi sentezlerle çözümlenen bir dizi antitezler olarak algılar. Toplumsal düzeyde de tarihsel süreçleri diyalektik olarak değerlendirir.

Ancak Hegel'in idealizmini reddeder ve *maddeci* bir anlayışı benimser. Maddeci anlayış, olayların ve olguların arkasında metafizik (büyü, sihir, tanrısal bir ceza vs.) değil, somut maddi nedenler aramaktır. Virchow maddeci yaklaşımın tıptaki dogmaların yerini alması gerektiğini savunur.

Virchow biyolojide *diyalektik maddeci bir yaklaşım* oluşturmak amacıyla Engels'in *İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu* çalışmasının bazı verilerinden yararlanarak hastalıkların arkasındaki somut maddi koşulları göstermeye çalışmıştır.

Virchow salgın incelemesinde tarihte *ilk kez* diyalektik maddeci yaklaşımı tıbba uygulamıştır. Hastalığın ortaya çıktığı *somut tarihsel ve maddi koşullara ve toplumsal çelişkilere* vurgu yapmasının nedeni budur. Bütün bunları diyalektik bir yaklaşımla, yani birbirlerinden soyut, yalıtık olgu ve olaylar olarak değil, birbirleriyle *karşılıklı* ilişkileri içinde değerlendirmiştir.

*Çok-etmenli* etiyolojik analizin temelinde de bu diyalektik maddeci yaklaşım yatmaktadır. Ancak böyle bir yaklaşımla beslenme yetersizliği

ve tifüs gibi aslında birbirlerinden çok farklı görünen olgular arasında anlamlı bir ilişki kurulabilir. Beslenme yetersizliğinin nasıl bireyleri tifüse karşı zayıf düşürdüğünü (ve mortalitenin bu nedenle arttığını) ancak diyalektik bir yaklaşım ortaya çıkartabilir. Ancak böyle bir yaklaşımla neden bu nedensel etmenlerin insanların gündelik maddi yaşam koşulları olduğunu açıklanabilir.

*İyi bir hekimlik uygulaması için, hekimin mesleğini uygularken diyalektik maddeci yöntemi kullanması çok önemlidir. Koruyucu hekimlikten toplumcu tıbba giden yolda Virchow'un en büyük katkısı, diyalektik maddeci yaklaşımı hekimlik uygulamalarıyla bütünleştirme çabasıdır.*

**Virchow'un Toplumcu Tıp Yaklaşımına Diğer Katkıları**

Koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda en önemli dönemeç, insanların maddi yaşam ve çalışma koşulları ve toplumsal üretimde üretim araçları karşısındaki konumlanışları ile sağlıkları arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır:

- Villermé, azrailin vaktinin çoğunu yoksullar arasında geçirdiğini kanıtlamış ve böylece toplumsal etmenlerle sağlık arasındaki ilişkiyi gün yüzüne çıkartmıştır.
- Chadwick, hastalıklardan korunabilmek için tıbbi müdahaleler dışında müdahalelerin de gerekli olduğunu kanıtlamış ve böylece tek tek hastaların tedavisi yanında sağlık için topluma yönelik girişimlerin önünü açmıştır.
- Engels, hastalıkların nedenlerini arayanların gözlerini kapitalist üretim ilişkilerine çevirmelerini sağlamıştır.
- Tıbbın yalnızca *hastalıkların* değil, aynı zamanda *sağlığın* da bilimi olduğu düşüncesi 1830'larda Fransız hekimler arasında yaygınlaşmıştır. Sağlığı korumaya yönelik sanitasyon çalışmaları gündelik yaşamın bir parçası haline gelmiş, tıbbın yalnızca insanlar hastalandıklarında değil, sağlıklı iken de insanlara hizmet edebileceği kanıtlanmıştır.
- Tıp kendisini yalnızca hastalıkların tanı ve tedavisiyle sınırlandırmayı terk etmeye başlayınca *sosyalleşmeye* başlamıştır. *Sosyal tıp* terimi ilk kez Jules Guérin tarafından 1848 Mart'ında *Paris Tıp Gazetesi*'nde yayınlanmıştır. (Ancak bu terim tıp ve toplum arasındaki ilişkilere gönderme

yapmakta olup, *toplumcu tıp* kavramıyla karıştırılmamalıdır).

• Virchow Yukarı Silezya'ya giderken dağarcığında bu birikim yanında, Almanya'da 1847 yılında Salomon Neumann'ın yayınladığı *Kamu Sağlığı ve Mülkiyet* kitabı vardır. Neumann kitabında, devletin halkın sağlığı üzerindeki sorumluluğunu oldukça ilginç bir retorikle kanıtlamaya çalışmıştır. Neumann'a göre devlet, *mülkiyet hakkının* devleti olduğunu iddia ettiğine göre, varlık nedeni *insanların mülklerini korumaktır.* Ancak birçok insanın emek güçlerinden başka mülkleri yoktur ve bu mülkleri tamamen sağlıklı olmalarına bağlıdır. O halde devletin, kendi mantığı içinde dahi, sağlığı koruma görevi vardır ve insanların da sağlıklarının devlet tarafından korunmasında ısrar etme hakkı vardır. Almanya'da tıp biliminin özünde bir sosyal bilim olduğunu ilk kez 1847'de Solomon Neumann ifade etmiştir:

"Tıp, kemiğine ve iliğine kadar bir sosyal bilimdir".

Virchow, Rudolf Leubuscher ile birlikte editörlüğünü yaptığı *Tıp Reformu* dergisinde bu düşünceleri geliştirmiştir:

> Tıp hem sağlıklı hem de hasta insanın bilimiyse, ki böyle olması gerekir, başka hangi bilim toplumun örgütlenmesinin temellerine insanlığın doğasını katan yasaların uygulanması için yasa yapma uğraşıyla ilgilenmeye daha uygun olabilir?

*Toplumcu tıp* düşüncesi esas olarak sağlıksızlığın veya hastalıkların toplumun sosyal ve ekonomik örgütlenmesinin ürünü olan *toplumsal eşitsizliklerden* kaynaklandığı ve bu nedenle tıbbın bir sosyal bilim olması gerektiğini ifade eder. Villermé analizleriyle bu eşitsizlikler (yoksulluk/varsıllık) ile mortalite ve morbidite arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş, Engels bu eşitsizliklerin toplumun sosyoekonomik düzeni içindeki kaynaklarını göstermiş ve Virchow da eşitsizliklerin hangi *mekanizmalarla* sağlığı olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.

Virchow Yukarı Silezya deneyimini, Berlin'de 1848'de patlak veren kolera ve 1849'da yayılan tüberküloz salgınlarında da kullanmıştır. Virchow'a göre toplumsal *kusurlar*, salgınların ortaya çıkmasında *yeterli koşulu* oluşturmaktadır. Buna göre olumsuz toplumsal koşullar, aslında

hiç biri *tek başlarına* bir salgın oluşturmak için *yeterli olmayan* enfeksiyon etmenleri (enfeksiyonun ortaya çıkması için *gerekli* koşul), iklim ve diğer özgül nedensel etmenlere karşı insanlarda bir *duyarlılık* oluşturmaktadır. Bu nedenle salgınların önlenmesi ve eradike edilmesinde *toplumsal değişim*, tıbbi girişimler kadar önemlidir.

Engels'in izinden giden Virchow, Almanya'da morbidite ve mortalite hızlarının, özellikle bebek ölüm hızının işçi mahallelerinde, zengin mahallelerinde olduğundan daha yüksek olduğuna dikkat çekmiştir. Aslında Villermé ile başlayan ve *sağlıkta sınıfsal eşitsizlikleri* ortaya koyan bu yaklaşım yeni değildir, fakat Virchow bu soruna çözüm olarak Chadwick'in sanitasyon tedbirleri yanında, bu eşitsizliklerin diğer nedenleri olan yetersiz beslenme ve barınma koşullarının ve hastalık üreten toplumsal düzenin de iyileştirilmesi gerektiğini savunmaktadır.

> Mücadelemizin toplumsal bir mücadele olduğu; işimizin kavun ve somon balığı, pasta ve dondurma tüketicilerini, kısacası keyfi yerinde burjuvaziyi kızdırmak için talimatlar yazmak olmadığı; yumuşak ekmeği, iyi eti, sıcak giysileri, yatacak yatağı olmayan, çalışarak kazandığı parayla pirinç çorbası ve papatya çayı içemeyecek olan yoksulları korumak için kurumlar yaratmak olduğu açık değil mi? Zenginler kışın, sıcak şömineleri önünde oturup, çocuklarına yılbaşı elmaları verirken, kömürü ve elmayı ellerine getirenlerin koleradan öldüklerini akıllarına getirebilirler mi? Binlerin daima birkaç yüz kişi iyi yaşayabilsinler diye ölmek zorunda kalması çok elem verici.

Virchow'a göre işçi sınıfının yoksunlukları, onları hastalıklara yatkınlaştırmaktadır. Enfeksiyöz etmenlerin, iklimsel değişimlerin, kıtlığın veya diğer nedensel etmenlerin varlığında, hastalıklar bireyler ve toplumlar arasında hızla yayılır.

Virchow'un tıbbın örgütlenmesine ilişkin eleştirileri, tıp içindeki otoriter/baskıcı yapılanmaya işaret etmektedir. Hastanelerin yoksulları toplumsal bir sorumluluğun gereği olarak kabul etmek yerine, hizmetleri karşılığında ücret talep etmesini eleştirmektedir. Virchow, kamusal ve kamu tarafından işletilen bir *tıbbi hizmet* önermektedir. Bu sistemde

sağlık bakımı, anayasal bir vatandaşlık hakkı olarak tanımlanmaktadır. Ancak burada söz konusu sağlık bakımı, *tıbbi hizmetlerle sınırlı değildir: yaşamın maddi koşullarının iyileştirilmesi de bir sağlık hizmeti olarak görülmektedir.*

Virchow kamu sağlığı emekçileri için *Armendärzten* yani *yoksulların hekimi* tanımlaması getirmektedir. Ancak bu hekimlik, tıbbi hizmetlerin yanı sıra, Almanca *Armendärzten* sözcüğünün içerdiği *avukatlık* veya *savunma* anlamını da kapsayacak şekilde, *yurttaşların sağlık hakkını savunmayı* da kapsamaktadır. Virchow'un burada sağlık sorunlarına karşı önerdiği çözüm *politik eylemdir.* Sağlık, ancak sağlıksızlığın kaynaklarını kurutmaya yönelik politik girişimlerle savunulabilir ve sürdürülebilir.

*"Hekimler yoksulların doğal avukatlarıdır ve sosyal sorunlar büyük ölçüde hekimlerce çözülmelidir".*

Virchow hekimlerin politikayla aktif olarak ilgilenmeleri gerektiğini düşünmektedir. Bu düşünce devletin en önemli görevinin yurttaşlarının sağlığını korumak olduğu düşüncesiyle uyum içindedir:

*"Tıp, antropoloji olarak kurulduğunda ve imtiyazlıların çıkarları kamusal olayların gidişini belirlemediğinde, fizyolog ve hekim toplumsal yapıyı destekleyen yaşlı devlet büyükleri arasında sayılacaklardır".*

Virchow'un toplumcu tıp anlayışını oluşturan diğer iki düşünce, tıbbi hizmetlerde önceliğin tedavi hizmetleri yerine *önleyici hizmetlere* verilmesi ve devletin yurttaşlarının *maddi güvence*lerini sağlama sorumluluğunu üstlenmesidir.

Virchow, kişisel deneyimlerinden, tanık olduğu salgın hastalıkların aslında oldukça basit önleyici tedbirlerle önlenebileceğini görmüştür. Örneğin Almanya'daki çok ölümlü salgınlardan birinin nedeni, bu bölgede halkın temel besin kaynağı olan patates hasadının kötü gitmesidir. Virchow'a göre devlet, bölgeye gıda desteği yaparak bölgede besin yetersizliği gelişmesini önleyebilirdi. Yeterli beslenen insanlar salgına karşı bedensel olarak daha dayanıklı olacağından, ya hastalanmayacaklardı ya da hastalansalar dahi salgının sonuçları bu kadar ölümcül olmayacaktır. Buradan yola çıkarak Virchow, önleyici hizmetlerin bir *tıbbi/teknik hizmet* sorunu olmaktan çok *politik* bir sorun olduğunun altını çizmektedir.

Virchow devlet yurttaşlarının maddi güvencesinden sorumludur derken, devletin yurttaşlarına *istihdam garantisi* sağlamasını, bu istihdam karşılığında *insanca yaşayabileceği bir ücreti* garanti etmesini ve çalışamayacak durumda olanlar için bu güvenceyi bizzat üstlenmesini (*sosyal devlet*) kastetmektedir. Ahlaki olarak çalışamayacak durumda olanların insan gibi yaşamasını sağlamak toplumun ödevidir ve toplum bu ödevini *devlet* aracılığı ile yerine getirir.

Virchow etkili bir sağlık bakımı sisteminin, kendisini tekil hastaların patofizyolojik sıkıntılarını tedaviyle sınırlandıramayacağını savunarak, ileride tohumları Sovyetler Birliği'nde atılacak, Çin ve Küba dahil birçok Üçüncü Dünya Ülkesi'nde yeşerecek ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 Alma Ata bildirgesiyle yaygınlaştırılmaya çalışılacak olan *Temel Sağlık Hizmetleri* kavramının temelini atmıştır.

Toplumlarda olduğu kadar, yetersiz ve çoğu kez yanlış yönlendirilmiş tıp eğitimin de etkisiyle sağlık emekçileri arasında da sağlık sorunlarının *yalnızca* sağlık hizmetleriyle çözülebileceği boş inancı oldukça yaygındır. Virchow,

"*tıbbın ilerlemesi sonuçta insan yaşamını uzatacaktır, ancak toplumsal koşulların iyileştirilmesi bunu çok daha hızlı ve başarılı biçimde gerçekleştirebilir*"

diyerek, bugün Dünya Sağlık Örgütü'nün yeniden "keşfettiği" *sağlığın sosyal belirleyicileri* kavramını, daha 1850'lerde adını koymadan tanımlamıştır. Yine DSÖ tarafından 1948 yılında benimsenen sağlık tanımının her sözcüğünde Virchow'un öğretisinden izler vardır.

Virchow'un hastalıkların etiyolojisinde çok önemli bir role sahip olduğunu ifade toplumsal çelişkiler, toplumsal sınıflar arasındaki, bir başka ifadeyle *emek ile sermaye arasındaki çelişkiler*dir. Kuşkusuz daha sonra Salvador Allende tarafından tanımlanacak olan merkez kapitalist ülkelerle, çevre bağımlı ülkeler arasında sömürü temeline dayalı çelişkilerden ve bu sömürge/yarı sömürge ülkelerde bu çelişkilerin alevlendirdiği sağlık sorunlarından bahsetmemiş olması bir eksikliktir. Ancak, *emperyalizm* olgusunun Virchow'un döneminde henüz literatüre yeterince girmiş bir kavram olmadığını ve sonra tam olarak Virchow öldükten tanımlandığını

anımsamak gerekir.

Özetlemek gerekirse Virchow'un *toplumcu tıp anlayışı* şunları içermektedir:

- Sağlık hizmetleri, tıbbi hizmetler ile hastalıkların ana nedeni olan toplumsal faktörlerin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik sosyal hizmetlerin bütüncül olarak sunumudur. Bu hizmetler kamusal olarak örgütlenmeli, kamu sağlık emekçileri tarafından ücretsiz sunulmalıdır. Kamu sağlık emekçileri hizmetlerini yalnızca tıbbi hizmetlerle sınırlamamalı, sundukları tıbbi hizmetleri sosyal hizmetlerle bütünleştirmelidir.
- Tıbbi hizmetler, tedavi hizmetlerini değil, önleyici hizmetleri öncelemelidir.
- Bireylerin maddi güvencesini sağlamak devletin yükümlülüğüdür.

Chadwick ile Virchow arasında en büyük ve temel faklardan biri bu noktada kendisini göstermektedir. Chadwick hastalıkları önlemek için alınacak tedbirleri *teknik* bir sorun olarak görürken, Virchow bunu *politik* bir sorun olarak görmektedir:

> Bizim politikalarımız profilaksi politikalarıdır; karşıtlarımız ise palyasyon politikalarını tercih etmektedirler.

* * *

Koruyucu hekimlikten toplumcu tıbba giden yoldaki katkıları bakımından Engels ve Virchow'un çizgileri arasındaki benzerlikler son derece dikkat çekicidir. Ancak burada bu benzerlikler kadar aralarındaki *farklılıkların* da altının çizilmesi, yalnızca geçmişin daha iyi anlaşılması bakımından değil, bugünü de daha iyi kavrayabilmek açısından çok önemlidir.

Virchow'un Engels'ten etkilendiğine ilişkin çok sayıda kanıt vardır. Bunlardan en önemlisi Engels'in *İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu* çalışmasından, Engels'in izniyle veriler almasıdır. Ancak hastalıkların/sağlığın ve mortalitenin toplumsal belirleyicilerine ilişkin düşünceleri aynı olsa dahi, Virchow bu sorulara yanıt olarak başlangıçta Engels gibi devrimci bir yaklaşımı benimsemiş olmasına karşın, yaşamının sonraki yıllarında daha reformcu bir yaklaşım benimsemiştir.

Virchow'un devrimci bir yaklaşımı benimsediği dönem 1848 devrimleri dönemidir. Virchow Yukarı Silezya'ya ayak bastıktan dört gün sonra (24 Şubat 1848) Paris'te emekçiler İkinci Cumhuriyet talebiyle sokaklardadır. Fransa'nın yaktığı kıvılcım kısa sürede Avrupa'yı yangın yerine çevirmiştir. Mart ayında bir dizi Alman kenti ayaklanmalara sahne olmuş, 18 Mart'ta ayaklanma Berlin'e sıçramıştır. Mektuplarından, Virchow'un bu ayaklanmaları ve devrimi sevinçle karşıladığı anlaşılmaktadır.

Virchow 1848 ayaklanmalarında, 19 Mart gecesi Berlin'de elinde eski bir ödünç tabancayla (bazı kaynaklarda tüfek, diğerlerinde kılıç) barikatlarda yerini almış ve yönetici sınıfın gerekli değişiklikler için barışçıl taleplere yanıt vermeyeceğine, bu taleplerin "*zor*" kullanılarak elde edilebileceğine inanmış biri olarak karşımıza çıkar. *Berlin Devrimci Komitesi*'ne başkan yardımcısı seçilen Virchow, toplumun baskıdan kurtarılmasının da hekimin görevlerinden biri olduğunu düşünmektedir.

Bu süreçte psikiyatri uzmanı Rudolf Leubuscher ile birlikte editörlüğünü yaptığı *Tıp Reformu* isimli dergiyi 10 Temmuz 1848'den itibaren yayınlamaya başlar:

> Tıp Reformu, henüz eski politik kurumlarımızın tamamen yıkılmadığı, fakat planların yapıldığı ve yeni bir politik yapıya doğru adımların atıldığı bir zamanda çıkıyor. Derginin eski kalıntıları temizlemeye ve yeni kurumları kurmaya katılmaktan daha doğal başka ne görevi olabilir? ... Bu durumda tıp bu değişimin dışında kalamaz; kendi alanında köktenci bir reformu daha fazla erteleyemez.

Derginin sloganı olan "*tıp bir sosyal bilimdir; ve politika geniş ölçekte uygulanan tıptan başka bir şey değildir*" deyişi daha sonra toplumcu tıbbın belgisi haline gelmiştir. Derginin izleyen sayılarında Virchow ve Leubuscher toplumcu tıp ve bilimsel tıbbın temel ilkelerini yaymaya devam etmişlerdir. Toplumun sağlığının devletin en önemli sorunu olduğunu, sosyal ve ekonomik koşulların sağlık ve hastalık üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu ve bu etkilerin bilimsel olarak araştırılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir:

> Tıbbi istatistikler standart ölçümüz olacaktır: yaşamı, yaşamla tartacağız ve ölümün işçiler arasında mı, imtiyazlılar arasında mı dolaştığını göreceğiz.

Fransa'da olduğu gibi Almanya'da da devrim bir yıl içinde söner ve *Tıp Reformu* 29 Temmuz 1849'da son sayısını çıkartır. Charité hastanesinde maaşı kesilir ve işini bırakmaya zorlanır ve Virchow 1849'da tutuklanır. Kendisine dayatılan *pişmanlık bildirisini* imzalamayı reddeder ve Berlin'den ayrılmak zorunda kalır.

Virchow devrimin yenilgisinden sonraki yaşamında talepler için devrim yerine *reformcu* bir çizgiyi tercih eder. Kuşkusuz Virchow'un savunduğu reformlarla, örneğin Chadwick reformları arasında dağlar kadar fark vardır, fakat bu durum Virchow'un kategorik olarak devrimci değil fakat reformcu bir çizgide sayılması gerektiği gerçeğini değiştirmez.

Yine dikkatli bir okur, Engels sürekli olarak üretimin örgütlenmesine ve üretim sürecine vurgu yaparken, Virchow'un toplumsal kaynakların dağıtımı ve tüketimindeki eşitsizliklere vurgu yaptığını görecektir. Kuşkusuz Marksist kültüre hakim olanlar bunun reform ile devrim arasındaki fark olduğunu hemen kavrayacaklardır. Fakat bu kültüre yeterince hakim olmayanlar reformist bir çizgiyi devrimci sanıp yanılabilirler.

Özellikle dünyada sosyalizmin çözülmesi ve işçi sınıf hareketinin gerilemesiyle birlikte sol hareketlerin içine düştüğü ideolojik bunalım ve aydınlar arasında Marksizm'e ilginin azalması (dolayısıyla Marksist kültürün zayıflaması), reformcu çizgilerle devrimci çizgiler arasındaki farklılıkların bulanıklaşmasına yol açmıştır. Örneğin Virchow'un gıdaların eşit dağıtımı, eğitim sisteminde değişim (anadilde eğitim dahil), politik özgürlük ve toplumsal yapı düzeyinde önerdiği diğer talepleri sağlık hizmetleri içinde değerlendirmesi, birçoklarının düşündüğü gibi Virchow'u devrimci kılmaz. Bu olumlu talepler "*son tahlilde*" mevcut üretim ilişkilerinde devrimci bir değişimi (devrimi) önermeyen ve yine son tahlilde "*düzen içi*" sayılabilecek (bunların düzen içinde elde edilip edilemeyeceği ayrı bir tartışma konusudur) *reformcu*, kapitalist toplum içinde sınırlı taleplerdir.

Aynı şekilde Virchow'un herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti talebi,

bunun kamusal olarak örgütlenmesi ve kamu sağlık emekçileriyle sunulması talebi, tıbbi/sağlık hizmetlerinde önleyiciliğe vurgu yapması, sağlık hizmetlerinin ve personelinin ülkelerde eşit dağıtımı talebi de reformcu talepler olup, "*adı üzerinde*" egemen sınıflardan, kuşkusuz arkasına emek gücü konarak *talep edilmektedir*. Oysa Engels işçilere egemenlerden bunları talep etmelerini değil, bu talepler etrafında örgütlenerek *devrim* yapmalarını ve bu talepleri kendi kuracakları iktidar ile yerine getirmelerini öğütlemektedir.

Virchow'un 1850'ler sonrasında ufku, monarşi ve soyluluğun gücünü azaltacak anayasal bir demokrasi ile sınırlanmıştır[5]. Kamusal mülkiyet ve sağlık ve sosyal hizmetlerin rasyonel örgütlenmesi gibi sosyalist ilkeleri savunmaktadır. Ancak pek çok insanın kavramakta güçlük çektiği nokta, sosyalizmin bu ilkelerle sınırlı olmadığıdır. Diğer yandan Virchow, Marksizm'in komünist ideallerinden biri olan *devletin sönümlenmesini*, naif bir dilek olarak görmektedir. Virchow'a göre güçlü bir devlet aygıtı olmaksızın, adil bir toplum yaratılması olanaksızdır.

Hekimliğin ve tıbbın Virchow'un hayata bakışı üzerindeki etkisi çok büyüktür. Topluma mesleğinin penceresinden bakan Virchow, çoğu kez toplumu hasta bir organizma olarak görür. Hekim bu anlamda toplumun iyileştiricisi (*devlet adamı hekim*) ve devlet hekimin toplumu iyileştirmek için kullandığı bir politika aracıdır[6].

---

[5] Sürgünde iken bir süre işsiz kalan Virchow, hala demokratların hakim olduğu Bavyera'da Wurzburg Üniversitesi'nden teklif alır ve burada patoloji üzerine çalışmalarını sürdürür. 1856'da yeniden Berlin'e dönerek patoloji kürsüsünün başına geçer ve yaşamının sonuna kadar bu görevi sürdürür. 1860'da Prusya'da demokrat güçler yeniden siyaset sahnesine çıktığında Virchow da politikaya döner ve 1861'de Berlin Belediye Meclisi'ne, 1862'de Prusya Meclisi'ne ve 1880'de Reichtag'a seçilir. Bu dönemde Berlin'de kanalizasyon sisteminin kurulmasını sağlar, gıda denetimi yasasını çıkartır, kamu binalarında havalandırma ve ısınmanın iyileştirilmesine çalışır, okul sağlığı hizmetlerinin tohumlarını atar ve başta hemşireler olmak üzere sağlık emekçilerinin çalışma koşullarını iyileştirir.

[6] Şili'nin efsanevi lideri Dr. Salvador Allende Virchow'un bu görüşlerinden oldukça etkilenmiştir.

**Kaynaklar**

**Akalın, MA. (2000).** *Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi.* İzmir: KSGB Yayınları.

**Akalın, MA. (2010).** *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama.

**Anderson, MR., Smith, L. ve Sidel, VW. (2005).** *What is Social Medicine?* Monthly Review, 56(8): 27 – 34.

**Armelagos, GJ., Brown, PJ. ve Turner, B. (2005).** *Evolutionary, Historical and Political Economic Perspectives on Health and Disease.* Social Science and Medicine. 61(4): 755 – 765.

**Backhaus, UM. (2007).** *A History of German and Austrian Economic Thought on Health Issues.* Frankfurt: Haag und Herchen.

**Brown, ER. (1979).** *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America.* Berkeley: University of California Press.

**DeWalt, DA. ve Pincus, T. (2003).** *The Legacies of Rudolf Virchow: Cellular Medicine in the 20th Century and Social Medicine in the 21st Century.* Israel Medical Association Journal, 5(6): 395 – 397.

**Eisenberg, L. (1984).** *Rudolf Ludwig Karl Virchow, where are you now that we need you?* American Journal of Medicine, 77: 524 – 532.

**Elm, S. ve Willich, SN. (Ed.) (2009).** *Quo Vadis Medical Healing: Past Concepts and New Approaches.* New York: Springer.

**Eren, N. (1996).** *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan.* Ankara: Somgür.

**Hadju, SI. (2005).** *A Note from History: Rudolph Virchow, Pathologist, Armed Revolutionist, Politician, and Anthropologist.* Annals of Clinical and Laboratory Science, 35(2): 203 – 205.

**Krieger, N. ve Birn, A. (1998).** *A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848.* American Journal of Public Health, 88(11): 1603 – 1606.

**Mackenbach, JP. (2009).** *Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea.* Journal of Epidemiology and Community Health, 63(3): 181 – 184.

**Morabia, A. (2007).** *Epidemiologic Interactions, Complexity, and*

*the Lonesome Death of Max von Pettenkofer.* American Journal of Epidemiology, 166(11): 1233 – 1238.
**Pridan, D. (1964).** *Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective.* Medical History, 8(3): 274 – 278.
**Raphael, D. (Ed). (2009).** *Social determinants of health : Canadian perspectives.* 2nd Ed. Toronto: Canadian Scholars Press.
**Reese, DM. (1998).** *Fundamentals: Rudolf Virchow and Modern Medicine.* Western Journal of Medicine, 169(2): 105 – 108.
**Saracci, R. (2009).** *Virchow, a model for epidemiologists.* Journal of Epidemiology and Community Health, 63(3): 185.
**Scambler, G. (2012).** *Health inequalities.* Sociology of Health and Illness, 34(1): 130 – 146.
**Schultz, M. (2008).** *Rudolf Virchow.* Emerging Infectious Diseases, 14(9): 1480 – 1481.
**Silver, GA. (1987).** *Virchow, The Heroic Model in Medicine: Health Policy by Accolade.* American Journal of Public Health, 77(1): 82 – 88.
**Stern, AM. ve Markel, H. (2009).** *Disease etiology and political ideology: revisiting Erwin H Ackerknecht's Classic 1948 Essay, 'Anticontagionism between 1821 and 1867'.* International Journal of Epidemiology, 38(1): 31 – 33.
**Taylor, R. ve Rieger, A. (1984).** *Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: an introduction and translation.* Sociology of Health and Illness, 6(2): 201 – 217.
**Taylor, R. ve Rieger, A. (1985).** *Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in upper Silesia.* International Journal of Health Services, 15: 547 – 559.
**Venkatapuram, S. (2009).** *A Bird's Eye View. Two Topics at the Intersection of Social Determinants of Health and Social Justice Philosophy.* Public Ethics, 2(3): 224 – 234.
**Waitzkin, H. (1981).** *The social origins of illness.* International Journal of Health Services, 11(1): 77 – 103.
**Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. ve Lamadrid, S. (2001).** *Social Medicine Then and*

*Now: Lessons From Latin America.*American Journal of Public Health, 91(10): 1592 – 1601.

**Waitzkin, H. (2000).** *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Healthcare.* 2nd Ed. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

**Waitzkin, H. (2006).** *One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine.* Social Medicine, 1(1): 5 – 10.

**Waitzkin, H. (2007).** *Political Economic Systems and the Health of Populations: Historical Thought and Current Directions.* **(Galea, S. (Ed.) (2007)** *Macrosocial determinants of population Health.* New York: Springer. içinde 5. bölüm). 14

**Yanagawa, B. ve Okhowat, A. (2008).** *Rudolf Virchow: A Physician and Politician.* University of Toronto Medical Journal, 85(2): 72 – 74.

*Okuma 1. Virchow – Koch (ve von Behring) Tartışması*

Bugünden geriye bakıldığında 1850'lerin dünyasını göz önünde canlandırmak güç olabilir. İşçi sınıfının uzun ve çoğu kez canı pahasına verdiği mücadeleler sonucu elde ettiğimiz *hakların* çoğunun bu dönemde *adının dahi olmadığını* anımsamak gerekir. 1850'lerde modern devletler sağlık alanında yalnızca genel sanitasyon etkinliklerini üstleniyor, hasta olanlar başlarının çaresine bakıyorlardı. Hekime verecek parası olanlar gereksindikleri tıbbi hizmetlere ulaşabilirken, devlet bu hizmeti yalnızca ordusu ve üst düzey bürokratları için sunuyordu.

Böyle bir ortamda Virchow'un yurttaşlarına tıbbi hizmet sunmanın bir *devlet yükümlülüğü* olduğunu öne sürmesinin ve bu talebin işçi sınıfı tarafından benimsenerek bu uğurda mücadeleye girmesinin, bu hizmetlerin bedelini ödemek istemeyen sermayeyi ne kadar güç bir durumda bıraktığını tahmin etmek zor olmasa gerek. Ancak Virchow'un sermaye için bundan çok daha tehlikeli olan düşünceleri, sağlığın ve hastalıkların nedenlerine ve bu nedenlerin ortadan kaldırılması için Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu'nda gördüğümüz önerilerine ilişkin düşüncelerdir. Herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti her ne kadar sermaye için karların bir kısmından olmak anlamına gelse de, sağlığın ve hastalıkların arkasında çalışma ve yaşam koşullarının bulunduğunun, *hastalıkların kapitalist üretim ilişkilerinden kaynaklandığının* kabul edilmesi sermaye için egemenliğinin tehdit edilmesi anlamına gelmektedir.

Hastalıklara *mikropların neden olduğu düşüncesi* - modern anlamda anladığımız şekliyle olmasa da - ilk olarak 16. yüzyılda Fracastorius tarafından ortaya atılmış (1546) ve Bonagens, Fallopius, Mattioli ve diğer bilim insanları tarafından geliştirilmiştir. Ancak bu dönemde bulaş etkenini "görebilmek" mümkün olmadığından bilim dünyasında güçlü bir yer tutamayan düşünce, ancak mikroskobun keşfi ve kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte yeniden canlanabilmiştir. Yine de mikroskop altında gösterilebilen

bu etkenlerin hastalıklara nasıl yol açtıkları tatminkar bir biçimde açıklanamadığından bulaş teorisi 19. yüzyılın ortalarına kadar bilim dünyasında geniş kabul görmemiştir.

Pasteur'ün (1820 - 1895) çalışmalarında elde ettiği bulgular 19. yüzyılda Avrupa'da bakteriyoloji biliminin yükselmesine önayak olmuştur. Robert Koch'un 1876'da bakterilerin hastalıklara yol açabileceğini kanıtlamasıyla birlikte yaygınlaşmaya başlayan *mikrop kuramı*, hastalıkların etiyolojilerine ilişkin eski *miyazma kuramlarını* tarihin çöplüğüne göndermiştir. İlk olarak şarbon basilinin hayvanlarda hastalığa yol açtığını kanıtlayan Koch (1843 - 1910), daha sonra tüberküloz basilini göstermeyi başarmış ve ünlü Koch Postulatlarını geliştirmiştir. Ancak mikrop kuramı bilim çevrelerinde hemen kabul görmemiştir. Bu dönemde hastalıkların nedenini mikroplara bağlayan kurama karşı çıkan bilim insanları iki gruba ayrılmaktadır: Bunlardan birincisi, eski *miyazma* kuramlarına bağlı olan ve bu kuramlar çerçevesinde sağlık sorunlarına sanitasyon çalışmalarıyla yanıt verenlerdir. İkincisi ise, aralarında Virchow'un da bulunduğu, mikrop kuramının hastalıkların altında yatan toplumsal ve ekonomik etmenlerin göz ardı edilmesinden endişe eden (ki bu endişelerinde haklı çıkmışlardır) bilim insanlarıdır.

**Sahne**

Bu dönemde Avrupa'da hastalıkların altında yatan etmenin mikroplar olduğu ve hastalıkların oluşmasında mikropların *gerekli* ancak *yeterli olmadığı* anlayışları arasındaki mücadelenin açık bir çatışmaya dönüştüğü yer Berlin'dir. 24 Mart 1882'de Berlin Fizyoloji Cemiyeti'nde Robert Koch tarafından *Über Tuberkulose* (*Tüberküloz Üzerine*) başlıklı bir sunum yapılmış ve tüberküloz basilinin keşfi ilan edilmiştir.

*"Koch konferansta dinleyicilere bulduğu yeni boyama tekniği ile mikroskop altında görünür kıldığı, yapay kültür ortamında yeniden üretebildiği ve laboratuar hayvanlarına bulaştırarak aynı hastalı-*

*ğı (tüberküloz) yeniden ortaya çıkartabildiği bir bakteriyi anlatır. Konferansın sonunda salondan tek bir alkış gelmez; herkesin gözü Virchow'a çevrilmiş, ondan gelecek tepki beklenmektedir. Virchow hiçbir şey söylemeden şapkasını giyer ve odayı terk eder".*

Çeşitli kaynaklar bu tarihsel toplantıya ilişkin çok farklı, bazen birbirine zıt bilgiler sunmaktadır. Bazı kaynaklar toplantıda 36, diğerleri 80 kadar bilim insanının bulunduğunu belirtmektedir. Yazarlar Koch'un bu toplantıda buluşunu açıklayacağının bilinmesine karşın yalnızca 36 bilim insanının katılmasını, mikrop kuramına karşı duyulan şüphelere yormaktadırlar.

Toplantıya Virchow'un katılıp katılmadığı da kesin değildir. Örneğin bazı kaynaklar Koch'un buluşunu Patoloji Cemiyeti'nde değil, Fizyoloji Cemiyeti'nin ayda bir yapılan bir akşam toplantısında sunmasını, o dönemde Berlin tıp camiasında dominant bir figür olan Virchow'la ilişkisinin iyi olmamasına bağlamaktadır. Profesör Du Bois-Reymond'un başkanlık ettiği ve akşam saat yedide başlayan bu toplantıya Virchow'un katıldığını ve hatta Koch'u eleştirdiğini yazanlar da vardır.

1939 yapımı bir Nazi propaganda filmi ise bu toplantıyı şöyle aktarmaktadır: Koch genç, parlak bir bilim insanı ve bir tıp kahramanı; Virchow ise yaşlı, uzlaşmaz, dar görüşlü, eski moda kavramlara yapışmış bir zavallı olarak gösterilmiştir.

Birçok burjuva hekim-bilim insanı tarafından toplumcu tıp karşısında biyomedikal tıbbın zaferi olarak görülen bu gelişmeler, aslında sanıldığının aksine Virchow'un bilgisi dışında değildir. Dahası zaten Koch'un konferansından 17 yıl önce, 1865'te Fransız askeri cerrah Jean-Antoine Villemin tüberkülozu inokülasyon yoluyla insandan tavşanlara bulaştırmış ve bulaşı ilk kez açıkça sergilemiştir. Villemin'in gözlemleri daha sonra Edwin Klebs, Julius Conheim ve Carl Salomonsen tarafından doğrulanmıştır. Döneminin yalnızca Almanya ya da Avrupa değil, küresel ölçekteki tıp otoritelerinden biri olan Virchow'un bu çalışmalardan haberdar olmadığını düşün-

mek saflık olur.

Bazı kaynaklara göre Koch buluşunu sergilediğinde, birçok bilim insanı basilin vereme neden olduğu düşüncesini reddetmişlerdir. Virchow ve diğerleri sağlıklı insan bedenlerinde de patolojik mikroorganizmalar yaşayabildiğinden, bunların hastalık nedeni olamayacağını savunmuşlardır. Onlara göre istilacı mikroorganizma ancak beden fizyolojik veya çevresel sefaletle zayıf düştüğünde hastalığa neden olabilmektedir. Bu yazarlara göre Koch tezlerini bilimsel çevrelerde kabul ettirebildiğinden değil, çalışmalarını sürdürebilmeleri için egemen sınıflardan gerekli maddi desteği sağlayabildiğinden "*başarıya*" ulaşabilmiştir.

Koch'un Berlin Fizyoloji Cemiyeti'nde yaptığı konuşmadan yalnızca 17 gün sonra (bu dönem için ışık hızı sayılabilecek bir süre) 10 Nisan 1882'de buluşunu Berliner Medizinische Wochenschrift'de Tüberkülozun Etiyolojisi başlığıyla yayınlayabilmiş olması ve ardından Kayzer 1. Wilhelm tarafından İmparatorluk Özel Danışmanlığı'na getirilerek, maaşının ve araştırma fonunun arttırılması bu görüşleri desteklemektedir.

Mikropların *tek başlarına* hastalık oluşturmaya *yeterli* olmayacağını, hastalıkların oluşması için başka etmenlerin de bulunması gerektiğini savunanlar arasında Max Pettenkofer de (1818 - 1901) bulunmaktadır. Koch çalışmaları sonucu kolera etkenini saptamış ve mikrop teorisine önemli bir dayanak daha sağlamıştır. Pettenkofer kolera etkeninin *tek başına* hastalık oluşturamayacağını, hastalık oluşturabilmesi için bir süre toprakta kalması gerektiğini ispatlayabilmek için yaşamını tehlikeye atarak 7 Ekim 1892'de hazırladığı *kolera kokteylini* tanıklar önünde içmiştir.

Diğer yandan dönemin önde gelen bakteriyologlarından olan Emil von Behring (1854 - 1917), Gesammelte Abhandlungen isimli çalışmasında Virchow tarafından ortaya konmuş olan tıp/sağlık felsefesini eleştirmekte, *her hastalığa yol açan bir mikrop bulunduğunu* ve bu hastalıkların *toplumsal koşullardan tamamen bağımsız*

*olduğunu* savunmakta, Virchow'u bilimin ortaya koyduğu gerçekleri yadsımakla suçlamaktadır.

1893 yılında von Behring, Virchow'un *toplumsal sefaletin* hastalıkların en büyük nedeni olduğuna ilişkin yargısı üzerine iğneleyici bir şekilde konuşmaktadır:

*"Bu görüşlerin 1847'de bir kıymeti vardı, şimdi ise bulaşıcı hastalıklara ilişkin çalışmalar Robert Koch'un yöntemi izlenerek, toplumsal mülahazalar ve toplumsal politika üzerine düşünceler tarafından lafa boğulmaksızın, yoldan sapmadan yürütülebilir".*

Virchow ise inatla, hemen her gün yeni bir hastalık etkeninin izole edildiği ve buna karşı tedavilerin (antibiyotikler) geliştirilmeye çalışıldığı bu ortamda, insan ve hastalık arasında *çok-etmenli* bir ilişki olduğunu iddia etmektedir. Bu ilişki von Behring'in iddia ettiği gibi basitçe *maruz kalma – hastalanma* ilişkisi değil, *maruz kalma – enfekte olma – hastalanma* ilişkisidir.

Bu, şu anlama gelmektedir: *aynı etkene maruz kalan herkes hastalanmamakta, başka faktörler mikroorganizmanın kişiyi enfekte edip etmemesinde rol oynamakta ve sadece enfekte olanlar hastalanmaktadır.* Bu açıklama, bugün epidemiyoloji biliminin temelini oluşturan ve daha sonra bulaşıcı olmayan hastalıklarda da yaygın olarak kullanılan *epidemiyolojik üçgen* düşüncesinin filizidir

Virchow çalışmalarıyla hastalıklarla nedensel olarak ilişkili birçok şeyin bulunduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım yalnızca enfeksiyon hastalıkları için değil, bütün hastalıklar için geçerli bir yaklaşımdır. Hastalıkları insanın biyolojik, davranışsal ve toplumsal özellikleriyle birlikte fiziksel çevresi içinde açıklayan Virchow, hastalıklarla mücadelede kısa vadede etkene yönelik alınacak tedbirler yanında, uzun vadede hastalıkların oluşmasına ve gelişmesine katkıda bulunan ilişkilere yönelik tedbirler önermektedir. Von Behring'in *tek-etmenli* yaklaşımı (*bir etken – bir hastalık*) ise yalnızca enfeksiyon hastalıklarına ilişkin *maruziyet – enfekte olma – hasta olma* sorununu yanıtlayamamakla kalmamakta, yanı

zamanda kanser, arteriyoskleroz veya mental hastalıkları da açıklayamamaktadır.

Bu tartışma ortamında Adolf Gottstein, 1897'de yayınladığı *Allgemeine Epidemiologie* (*Genel Epidemiyoloji*) adlı kitabında Koch'un buluşlarına ve von Behring'in artan popülaritesine karşın, enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkili biyolojik faktörler yanında toplumsal faktörlere de yer vermiştir. Dahası Virchow'un iyice gözden düşüp, Koch'un Nobel ödülü almasından sonra 1913'te Max Mosse ve Gustav Tugendreich editörlüğünde yayınlanmış olan *Krankheit und Soziale Lage* (*Hastalık ve Toplumsal Konum*) isimli kitapta dahi, barınma, beslenme ve çalışma koşulları bakımından hastalıklar ile toplumsal konum arasındaki ilişki üzerine araştırmalar değerlendirilmektedir. Yazarlar belirli enfeksiyon hastalıkları için bakterilerin *gerekli* olduğunu, fakat kesinlikle *yeterli olmadığını* savunmuşlardır. Kitabın son bölümü, genelde halk sağlığını ve özelde işçi sınıfının sağlığını iyileştirmek için gerekli toplumsal değişimleri tanımlamaktadır.

Bütün bu çabalara karşın, Avrupa'da 19. yüzyılın son çeyreğine egemen olan toplumsal atmosfer, *bütün hastalıklardan arındırılmış liberal bir dünya* inşa etme umuduyla dolu olduğundan, bu atmosferden etkilenen tıp dünyası, *biyolojik hastalıkların da ortadan kaldırıldığı bir dünyanın* peşinde koşmakta, bakteriyoloji alanında birbirini izleyen buluşlar bu umudu körüklemektedir. Dönemin baskın bilimsel ve teknolojik fikirleri doğrultusunda Emil von Behring tarafından ortaya atılan *bir neden, bir hastalık* önermesi, kısa zamanda bilim çevrelerinde taraftar toplamış ve tıp dünyasına egemen olmuştur.

Bakteriyoloji ve serolojideki gelişmeler sayesinde birçok hastalığın bakteriyolojik etkenleri (genel bir terim olarak mikroplar) ortaya konmuş ve artık hastalıkların nedenini *başka yerlerde* aramaya gerek olmadığını savunan mikrop kuramı yaygınlaşmaya başlamıştır. Von Behring 1901'de ve Koch 1905'de Nobel ödülü alırken,

Virchow'un tıbbi eserleri Almanya'da Nazi'ler tarafından yasaklanmıştır. Pasteur ve Koch'un açtığı yoldan ilerleyen tıp, dikkatini toplumdan (toplumun sosyal ve ekonomik düzeninden) bireye çevirmiş, bireyleri hasta eden dışsal ve özgül hastalık etmenlerine (bakteriyolojiye) odaklanmıştır. Bu yaklaşım sağlık için toplumsal düzende değişim yerine, patolojilere özgü tedavi anlayışını teşvik etmiştir.

**Tartışmanın Güncelliği**

Virchow ve diğer sosyalist hekimlerin bulaş ve mikrop teorilerine ilişkin tutumlarını anlayabilmek için onların bu teorilere ilişkin kaygılarını (ki bu kaygılar ne yazık ki haklı çıkmıştır) görmek gerekir. Ne mikrop teorileri, ne de hastalıkların bunlar veya başka araçlar yoluyla insandan insana bulaştığına ilişkin görüşler "*yenidir*". Hatta Viyana'da 1848 ayaklanmalarına katılarak Macaristan'daki ayaklanmayı bastırmak için yola çıkan bir şilebe düzenlenen sabotaj eylemine yardımcı olan Macar kadın-doğum uzmanı Ignaz Semmelweis (1818 - 1865), 1847 yılında lohusa ateşinin nedeninin kadavraları muayene eden hekimlerin ellerini yıkamadan doğuma girmeleri olduğunu bizzat ortaya çıkartmıştır. Bazı kaynaklar Virchow'un "*bakteriyolojiyi sevmediğini, Koch ile anlaşamadığını ve Semmelweis'i ve loğusa ateşini önleme çabalarını görmezden geldiğini*" belirtmektedir. Sosyalistlerin endişesi, hastalıkların nedenini yalnızca mikroplara bağlayan anlayışın, hastalıkların etiyolojisinin toplumsal bileşenlerinin göz ardı edilmesine yol açması, hastalıkları bir toplumsal olgu olmaktan çıkartıp, "*bireysel*" sorun haline indirgemesi ve böylece devleti toplumsal sorumluluklarından "*kurtararak*", sağlık sorunların yükünü tamamen emekçilerin üzerine yıkmasıdır. Böylece devlet sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirme çabaları ve koruyucu, önleyici tıp yerine tıbbi teknoloji ve farmasötik sanayi için karlı bir yatırım alanı olan tedavi edici hekimliği önceleyecek ve bunu yaparken de sırtını "*bilime*" yaslayabilecektir.

Postmodenizmin teorisyenleri dünyanın her yerinde tarihi sorgulayarak geçmişi karartmaya, karartamasalar dahi en azından insanların kafalarında geçmişe ilişkin bir şüphe uyandırmaya çalışmaktadırlar. Öyle ki, ondokuzuncu yüzyıl tıbbına damgasını vuran Virchow – Koch tartışması tarihsel kayıtlardan tamamen silinmişçesine çağdaş enfeksiyon hastalıkları ve AIDS tamamen etken-konak ilişkisine indirgenerek ele alınmakta ve diğer etmenler göz ardı edilmektedir.

Enfeksiyon hastalıkları ile toplumsal koşullar arasındaki ilişkinin 19. yüzyıldan beri bilinmesine, 20. yüzyılda bu ilişkiler bilimsel olarak reddedilemez bir şekilde ortaya konmuş olduğu halde ve 20. yüzyılda yaşam koşullarının iyileşmesiyle bu hastalıklardan ölümlerin azalmasının bütün bu gerçekleri bir kez daha kanıtlamasına rağmen, *İkinci Uluslararası Perinatal ve Çocukluk Çağı Enfeksiyonlarında Yeni Gelişmeler Sempozyumu*'nda bu hastalıkların *toplumsal boyutuna* ilişkin tek bir bildiri sunulmaması Virchow – Koch tartışmasının güncelliğine işaret etmektedir.

Patogenezi mikroorganizmanın hastalığın oluşumundaki rolüne indirgemek, hastaya ilişkin diğer koşulların bu süreçte hiçbir rolü olmadığı anlamına gelir. Hastalığın önlenmesi tartışılırken dahi, önlemenin yalnızca biyomedikal boyutu, yani bağışıklama tartışılmakta, önleyici toplumsal politikalara (hastalığı oluşturan koşulların ortadan kaldırılması) yer verilmemektedir.

Virchow hastalığın ortaya çıktığı tarihsel ve maddi koşullara vurgu yapmıştır. Çok-etkenli etiyoloji analizinde, en önemli nedensel etmenin, insanların gündelik yaşam koşulları olduğunu öne sürmüştür. Bu bakış açısı, etkin bir sağlık bakımı sisteminin kendisini tekil hastaların patofizyolojik sıkıntılarını tedavi etmekle sınırlayamayacağına işaret etmektedir. Buradan hareketle Virchow, devlet tarafından istihdam edilmiş sağlık emekçilerinin görev aldığı, kamusal mülkiyet altında ve kamu tarafından işletilen bir bütüncül sağlık bakımı kurumları sistemi, bir halk sağlığı hizmeti öngörmüştür.

Günümüzde sağlık hakkı mücadelesinde Virchow'un *herkese eşit,*

*ücretsiz sağlık ve kamusal sağlık hizmeti* talebini öne çıkartırken, sağlığın/hastalıkların kökenlerine ilişkin düşüncelerini ete kemiğe büründürecek bir mesleki pratik içinde olmamak büyük bir eksikliktir. Bu eksiklik yaşamlarının diğer alanlarında toplumcu düşünceleri benimseyen hekimlerin, mesleklerini icra ederken karşı çıktıklarını düşündükleri bir sistemin kendisini yeniden üretmesine yardımcı olmalarına neden olmaktadır.

Oysa toplumcu bir hekim:

- Hastanın gündelik yaşam koşullarına odaklanarak hastalığı değil sağlığı öne koymalı
- Hastalığın ortaya çıktığı toplumsal koşullara vurgu yapmalı
- Hastalığın özgün etkeninin *hangi koşullar altında* hastalık yapabildiğine önem vermelidir.

Bu anlayışla hekime ve dolayısıyla tıp eğitimine biçilen rol hastalık üreten koşullarla mücadele etmek ve hastaları bedenleri, ruhları ve çevreleriyle bir bütün olarak, bir başka deyişle toplumsal ilişkiler ve çelişkiler içinde değerlendirmektir. Virchow'un *Armendärzten* (yoksulların hekimi) olarak adlandırdığı halk sağlığı emekçilerinin etkinlikleri, doğrudan bakımla birlikte yoksulların avukatlığını yapmayı da içerir.

Toplumculuk tıbbı, bilim ve teknolojinin bir dalı olarak algılar ve böylece tıp, gelişimi ilerleme olarak tanımlanan üretici güçlerin bir parçası olarak görülür. O halde *toplumcu hekimler* tıbbın hastane, tedavi, bireysel, psikosomatik ve klinik tıpta yoğunlaşmasını, *önleyici, çevresel, mesleki ve toplumsal müdahalelere* değiştirmek için mücadele etmelidirler.

Tıp, toplumdaki güç ilişkilerinin yeniden üretildiği bilgi, uygulama ve kurumlar dizisidir. Tıbbın işlevi sağlığın korunmasına ve hastalığın tedavisine katkıda bulunmaktır. Bu işlevin nasıl yerine getirileceği, tıbba toplumdaki güç ilişkilerinin yeniden üretilmesinde duyulan gereksinim tarafından belirlenir. Bu ilişkiler yalnızca tıbbın içinde geliştiği sınırları (insanların gereksinimine yanıt verip verme-

mek) belirlemez, aynı zamanda güç ilişkilerinin bilgi, uygulama ve kurumlar içinde nasıl yeniden üretileceğini de belirler.

Kapitalist ülkelerde toplumsal yaşamda ve dolayısıyla tıpta sermaye egemenliği vardır. Her ne kadar tıbbi bilgi, uygulama ve kurumlar "özerk" görünseler de, son tahlilde hepsi sermayenin politik egemenliği ve ideolojik hegemonyası altındadır. Sermaye egemenliği kapitalist tıbbın yalnızca kurumlarına ve uygulamalarına değil, tıbbi bilgiye, tıbbın kumaşına dokunmuştur. Sadece bilginin kullanımına değil, bilginin üretimine ve özüne işlemiştir.

*Bu nedenle tıp, sağlık hizmetlerinin dağıtımı veya örgütlenmesi değiştirilerek, bir başka deyişle yalnızca herkese eşit, ücretsiz tıbbi hizmet sağlanarak sınıfsal özü değiştirilebilecek bir şey değildir.*

**Kaynaklar**

**Ackercknecth, EH. (2009[1948]).** *Anticontagionism between 1821 and 1867.* International Journal of Epidemiology, 38(1): 7 - 21.

**Bloom, SW. (1990).** *Episodes in the Institutionalization of Medical Sociology: A Personal View.* Journal of Health and Social Behavior, 31(1): 1-10.

**Brown, RE. (1980).** *Rockefeller Medicine Man: Medicine and Capitalism in America.* University of California Press.

**Evans, AS. (1973).** *Pettenkofer Revisited: The Life and Contributions of Max von Pettenkofer 1 818-1901).* Yale Journal of Biology and Medicine, 46(3): 161 - 176.

**Evans, AS. (1976).** *Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited.* Yale Journal of Biology and Medicine, 49(2): 175 - 195.

**Filc, D. (2004).** *The medical text: between biomedicine and hegemony.* Social Science and Medicine, 59(6): 1275 - 1285.

**Howard-Jones, N. (1973).** *Gelsenkirchen Typhoid Epidemic of 1901, Robert Koch, and the Dead Hand of Max von Pettenkofer.*

British Medical Journal, 1(5845): 103 – 105. 20
**Krause, AK. (1932[1981]).** *Introduction to the Aetiology of Tuberculosis.* Bulletin of the International Union against Tuberculosis, 56(3-4): 110 – 114.
**Morabia, A. (2009).** *Is epidemiology nothing but politics at a different level?* Journal of Epidemiology and Community Health, 63(3): 188 – 9.
**Murphy, S. ve Egger, M. (2002).** *Studies of the Social Causes of Tuberculosis in Germany Before the First World War: Extracts form Mosse and Tugendreich's Landmark Book.* International Journal of Epidemiology. 31(4): 742 – 749.
**Murray, JF. (2004).** *Mycobacterium tuberculosis and the Cause of Consumption: From Discovery to Fact.* American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 169(10): 1086 – 1088.
**Navarro, V. (1986).** *What Is Socialist Medicine?* Monthly Review, V 38(3): 61 - 70.
**Pridan, D. (1964).** *Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective.* Medical History, 8(3): 274 – 278.
**Rosenberg, CE. (1988).** *Disease and social order in America: Perceptions and expectations.* (Fee, E. ve Fox, DM. (Ed.) (1988). *AIDS. The burdens of history.* Berkeley: University of California Press içinde).
**Sakula, A. (1982).** *Robert Koch: Centenary of the Discovery of the Tubercle Bacillus, 1882.* Thorax, 37(4): 246 – 251.
**Taylor, R. ve Rieger, A. (1984).** *Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: An Introduction and Translation.* Sociology of Health and Illness. 6(2): 201 – 217.
**Virchow, R. (2006).** *Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia.* Social Medicine. 1(1): 11 – 27.
**Waitzkin, H. (2006).** *One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine.* Social Medicine. 1(1): 5 – 10.

*Okuma 2. Bilim, Tıp ve Sağlık*
Tarihsel süreçte insanların hastalıkları algılayış ve kavrayışı çeşitli aşamalardan geçmiştir. Hastalıkların *ontolojik* kavranışı, hastalıkları vücudun belli organ veya yapılarına saldıran *dışsal* bir olgu olarak görürken, *fizyolojik* kavrayış hastalıkları doğa güçleri arasındaki bir dengesizlik olarak (günümüz terminolojisiyle bireyin çevresine uyumu/uyumsuzluğu olarak) ele almıştır. Her iki kavrayış tıbbı yüzyıllarca etkilemiş ve çeşitli dönemlerde bunlardan biri diğerine galebe çalmıştır.

Hipokrat döneminde yaygın olarak kabul gören *humoral etiyolojik kuramlar* bireysel bazda sporadik olguları açıklamakta "başarılı" iken, aynı anda çok sayıda insanı etkileyen salgınları açıklayamamaktadır. Salgın hastalıkları açıklayabilmek için humoral etiyolojik kuramlar ile ontolojik yaklaşımları *uzlaştırma* çabası içine giren Yunanlılar, bataklıklardan veya çürüyen organik maddelerden çıkan zehirli maddelerin (*dışsal etken*) havayı kirlettiğini ve bu kirli atmosfere maruz kalan insanların da hastalandıklarını öne sürmüşlerdir (*miyazma kuramı*).

Bu kuramın güçlü yanı, gerçekten de hastalıkların böyle olumsuz çevre koşullarında, daha temiz ortamlara göre daha yaygın görülmesi *ampirik* bilgisiyle desteklenmesi ve akla yatkın görünmesidir. Ancak kuramın yumuşak karnı, aynı olumsuz çevreye maruz kalanlar insanlardan bir kısmı hastalanırken, diğerlerinin hastalanmamaları gerçeğidir. Bu sorunu çözebilmek için miyazma tezi, bazı *ahlaki ögelerle* desteklenmeye çalışılmıştır. Dönemin ahlaki yargılarına göre *aşırıya kaçanların* bedenlerinin hastalıklara daha duyarlı hale geldiği öne sürülmüştür (bu düşünce tarzı İngiltere'deki Viktorya dönemi sanitaryen reform hareketinin de mantığını oluşturur).

**Birinci Uluslararası Sanitasyon Konferansı**
Günümüzde *grip (influenza) salgınlarıyla* kendilerini sık sık anımsatan salgın hastalıklar, tarih boyunca insanların en önemli sağlık

sorunlarından biri olmuştur. Dünya haritaları üzerindeki siyasi sınırları tanımayan ve kısa sürede çok sayıda insanı etkileyen bulaşıcı hastalıklar, bu hastalıkların pençesine düşenler için *sağlık sorunu* boyutuyla yaşanırken, kapitalistler daha çok sorunun *ticari ve ekonomik hatta güvenlik* yönleriyle ilgilidir. Sanayi kentlerinde patlak verdiklerinde üretimin sekteye uğramasına neden olan salgınlar, yayılmalarının önlenmesi için alınan karantina tedbirleriyle de ticaretin aksamasına yol açmaktadırlar.

Ondokuzuncu yüzyılda çeşitli ülkelerin uyguladığı farklı *karantina tedbirleri* nedeniyle zarara uğrayan ticaret burjuvazisi, Avrupa'da sermaye hükümetlerini bu sorunun çözümü için zorlamakta, karantina uygulamalarına standartlar getirilmesini ve ticarete en az zarar verecek şekilde yeniden düzenlenmesini talep etmektedir.

1829 Asya kolerası, salgınlar konusunda uluslararası çabaların yoğunlaşması için itici güç olurken, Fransa bu girişimlere öncülük etmiştir. Bir dizi başarısız girişimden sonra ilk *Uluslararası Sanitasyon Konferansı* 1851 yılında Fransa'da toplanmıştır.

11 Avrupa ülkesi ve Osmanlı İmparatorluğu'nun biri hekim ve biri diplomat iki delege ile temsil edildiği konferans, *hastalıkların etiyolojisine* ilişkin farklı düşüncelerin çatışmasına sahne olmuştur. Delegeler veba ve sarı hummanın bir şekilde hastalardan sağlıklı bireylere bulaştığı konusunda uzlaşmakta, fakat *kolera* etiyolojisi konusunda farklı fikirler savunmaktadırlar.

İngiliz hekimlere göre karantina tedbirlerinin kolera üzerine bir *etkinliği yoktur.* Onlara göre kolera hastadan sağlama bulaşmamakta, belli atmosferik, iklimsel, topraksal koşullara maruz kalan insanlar eşzamanlı olarak hastalanmaktadırlar.

Fransızlar *kamuoyunu tatmin etmek amacıyla* koleraya karşı karantina tedbirleri aldıklarını, ancak aslında koleraya karşı tedbir almanın *olanaksız* olduğunu, bir *hayal* olduğunu ve hatta bazı durumlarda *tehlikeli* olduğunu belirtmektedirler. Buna karşı tarihsel olarak karantina uygulamasına beşiklik eden İtalya koleraya karşı

karantina tedbirlerini *savunmaktadır* ve İspanya ile Yunanistan da *desteklemektedir.*

Konferansın en ilginç çıkışı Portekiz'den gelmiştir. Portekiz konferansın düzenlenme amacının aksine, koleraya karşı karantina tedbiri alıp almamanın ülkelerin tercihine bırakılmasını ancak *süresinin kısaltılmasını* önermiştir.

Konferansa katılan ülkeler arasında kolera konusunda en acı deneyimleri yaşayan Rusya ise *kararsızdır.* Rus delege 1829 - 1832 salgınında sıkı karantina tedbirleri aldıkları halde salgından 290 bin kişinin etkilenmesi üzerine ülkesinde karantina tedbirlerinin *gözden düştüğünü,* fakat 1846 - 1849 salgınında *tedbir alınmayınca* 880 bin kişinin salgından etkilendiğini ve bu nedenle hastalığın, hastalardan sağlıklılara bulaştığını düşünmeye başladıklarını belirtmiştir.

Tartışmalar bu noktaya geldiğinde Avusturya delegesi hükümetinin tezini kabul ettirebilmek için *tanrının yardımına* başvurmak zorunda kalmıştır. Delege veba ile kolera arasındaki en büyük farkın, vebanın toplumun *her kesimi* için tehdit oluşturmasına karşın, koleranın toplumun *ahlaken yozlaşmış alt tabakalarını* etkilemesi olduğunu ve koleraya karşı en iyi silahın *inancın güçlendirilmesi* olduğunu savunur. Tanrı bu felaketi insanlığı ortadan kaldırmak için değil, *cezalandırmak ve doğru yola getirmek* için göndermektedir. Bu tanrısal felakete karşı karantina *anlamsızdır.*

Sonunda *oylama* yapılır ve oylamaya katılan 23 delegeden on beşi karantina lehine, dördü aleyhine oy verir ve dört delege çekimser kalır. Konferansta koleraya karşı karantina tedbirleri alınması kabul edilmiş ancak ülkeler bu karara rağmen eski uygulamalarını sürdürmeye devam etmişlerdir.

**1821 - 1867 Arasında Antikontagionizm**

Yukarıdaki satırları okuyan biri, tıbbın artık bu *karanlık* günleri geride bıraktığını, günümüzde bu tür durumlarla (SARS, Domuz

Gribi vs.) daha *bilimsel* bir tutum alındığını düşünebilir. Kuşkusuz günümüzde kimse böyle bir toplantıda bir hastalığın tanrı tarafından yoldan çıkanları cezalandırmak için gönderildiğini savunmaya cesaret edemez, fakat günümüzde salgınlara karşı önerilen tedbirlerin ne kadar *bilimsel* olduğu oldukça tartışmalıdır.

Günümüze gelmeden önce yukarıdaki sürece *başka bir mercekten* bakan Erwin Ackerknecht'in neler gördüğüne bakmakta yarar vardır. 1947 yılında Wisconsin Üniversitesi Tıp Tarihi kürsü başkanı Dr. Erwin Ackerknecht'in Amerikan Tıp Tarihi Birliği'nin yıllık toplantısında verdiği konferans (Garrison Lecture) ertesi yıl 1821 - 1867 arasında Antikontagionizm başlığı ile Tıp Tarihi Bülteni'nde yayınlanmıştır.

Konuşmasında 1800'lere kadar hastalıkların etiyolojisine ilişkin Hipokrat'tan (MÖ. 460 - MÖ. 370) beri 2.200 yıldır revaçta olan miyazma, atmosfer ve çevre üzerine inşa edilmiş *antikontagionist* kuramların, 1870'lerden sonra *mikrop kuramının* dayanaklarını oluşturan Pasteur ve Koch'un buluşlarının ortaya çıkmasından *20 – 30 yıl önce*, hekimlerin çoğu tarafından *terk edildiği* ve hekimlerin *kontagionist* (bulaş) kuramları benimsediğini ifade etmiştir.

Ackerknecht konuşmasında, bu yıllarda bütün dünyada hastalıkların etiyolojisine ilişkin tıbbi bilgi düzeyinin *aynı* olmasına karşın, ulus devletlerin neden bulaşıcı hastalıkları kontrol ve sınırlandırma çabalarında farklı stratejiler izlediğini tartışmıştır. Örneğin *1800 – 1850 arasında* Almanya bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesinde devletin ciddi müdahalesini gerektiren *karantina ve insan hareketliliğini kısıtlama* yöntemlerini seçerken, İngiltere karantina yerine esas olarak merkezi devletin göreli olarak çok daha az müdahil olduğu ve daha çok belediyelerce yürütülen *çevre sağlığı hizmetleri ve hijyen* kampanyalarına bel bağlamıştır.

Ackerknecht farklı ülkelerden hekimlerin aslında birbirlerine çok yakın bir eğitim almış olmalarına karşın benzer sorunlar karşısında farklı tutumlar almalarının nedenini, hekimlerin hastalık-

ların etiyolojisine ilişkin inanışlarının esas olarak *sosyoekonomik konumlarına ve ülkelerindeki düzene karşı duruşlarına* dayandığı teziyle açıklamıştır:

> Salgın hastalıkların etiyolojisine ilişkin kontagionist ve antikontagionist açıklamalardan henüz birinin diğerine açık bir üstünlüğü olmadığı 19. yüzyıl ortalarında, bir hekimin bunlardan birini seçmesi, yalnızca sınıfsal konumuyla ilişkili ideolojik eğilimi ve küçük bir ölçüde de kişisel duyarlılıkları ile açıklanabilir.

Devletin toplumsal yaşama müdahalesinin çok sınırlı olması gerektiğini savunan *liberal hekimler*, karantina uygulamasını *despotik* bir müdahale olarak görürken, bu düşüncelerini hastalıkların çevre kirliliği ve kötü hijyen nedeniyle yayıldığı şeklindeki antikontagionist kuramlarla desteklemişlerdir. Salgın hastalıklar nedeniyle karantina tedbirleri alıp bireylerin hareket (kuşkusuz *ticaret*) özgürlüklerini sınırlandırmak yerine, bu hastalıkların görüldüğü yerlerde çevre sağlığı ve hijyen tedbirleri alınarak sorunun üstesinden gelinebileceğini savunmuşlardır. Bu dönemde *liberal hükümetlerin* işbaşında olduğu ülkelerde antikontagionist kuramlar hakimdir.

19. yüzyılda halk sağlığına egemen olan görüş, hastalıkların kaynağının olumsuz hijyenik koşullar olduğu şeklindedir ve hijyenistler hastalıklarla bu olumsuz koşulları gidermeye çalışarak (temiz su şebekeleri, kanalizasyon sistemleri, genel çevresel ve kişisel temizlik vs.) mücadele etmektedir. Özellikle 18. yüzyıldan itibaren birçok Avrupa ülkesinde uygulamaya konan hijyen tedbirlerinin elde ettiği başarı kendi inanışlarını güçlendirmekte ve hastalıkların canlı *bulaş etkenleri* ile oluştuğu ve yayıldığı düşüncesi hijyenistlere saçma görünmektedir.

Bunun başlıca nedeni bulaşın hasta – kurban arasındaki göreli yakın temasla olabileceği inanışıdır ve bu kavrayış, o dönemlerde

bir anda patlak veren ve yüzbinlerce insanı etkileyen, ülkeler hatta kıtalar arasında dolaşan salgınları açıklamaya yetmemektedir. Oysa salgınların genellikle bölge veya ülkenin hijyenik şartları en kötü olan bölgelerinde patlak vermesi ve 24

buradan yayılmaya başlaması, *miyazma kuramlarını* desteklemektedir. Bu nedenle bulaş kuramını savunanların hastalıkların yayılmasını önlemek için önerdikleri karantina tedbirleri hijyenistler tarafından benimsenmemektedir.

Hijyenistler bulaş kuramını hiçbir zaman akılcı bir açıklama sağlayamayan eski bir kuram olarak görmektedirler. Bulaş kuramına karşı olmak, modası geçmiş otoritelerin (kilise) ortaçağ mistisizmine karşı olmak, spekülasyona karşı gözlem ve araştırmadan yana olmaktır. Ackerknecht'e göre bulaş kuramı yalnızca teorik hatta tıbbi bir sorun olmanın ötesinde bir şeydir ve karantina ile sıkı sıkıya bağlantılıdır.

Karantina uygulaması hızla büyüyen tüccarlar ve kapitalistler için kaynak kaybı ve genişleme sınırı anlamına gelmektedir ve bu sınıflar gelişimleri önünde engel olan bu *feodal* uygulamayı daha fazla tolere etmek istememektedirler. Ticaret ve girişim önündeki her türlü devlet engelini kaldırma veya en azından sınırlama, devlet müdahalesini asgariye indirme olarak özetlenebilecek *liberal düşünce*, karantina gibi sonuçta tüccar ve kapitalistlerin özgürlüklerini devletin doğrudan kısıtladığı uygulamalara kaynaklık eden bulaş kuramları karşısındaki bulaş-karşıtı hastalık etiyolojisi kuramlarına yatkındır. Bu nedenle bulaş-karşıtları yalnızca "bilimsellik" değil aynı zamanda birey ve ticaretin despotizm ve gericiliğin zincirlerine karşı mücadelesini temsil eden "*reformculuk*" ile güdülenmektedir.

Toplumsal yaşamın devlet denetimi altında sürmesi gerektiğini düşünen muhafazakar, militarist ve bürokrat hekimler ise karantina tedbirlerini bireysel özgürlükleri sınırlandırmasına karşın, devletin toplumun güvenliği için alması gereken bir tedbir olarak görmüşler ve bunu hastalıkların bulaş yoluyla yayıldığı şeklindeki

kontagionist kuramlarla rasyonelleştirmişlerdir. Bu dönemde muhafazakar-militarist hükümetlerin işbaşında olduğu ülkelerde kontagionist kuramlar hakimdir.

Kuşkusuz pratikte bu kuramları benimseyenlerin yukarıdaki gibi "*keskin*" sınırlarla ayrıldıkları söylenemez. Özellikle konu tekil hastalıklar bazında ele alındığında bazı durumlarda olay ve olgular antikontagionist kuramla açıklanmaya daha uygunken, diğerleri kontagionist kuramla açıklanmaya daha yatkındır. Bu kategoriler genel eğilimleri belirlemektedir. Yoksa tarihte pek çok örnekte görüldüğü gibi bazen günde yüzlerce kişinin yaşamını yitirdiği salgınlarla mücadelede her iki kuramın öngördüğü tedbirler (hijyen ve karantina) birlikte alınmıştır.

*1850'lerde* ise yukarıdaki tablo değişmeye başlamıştır. Bu değişimin ana nedeni kısa sürede bütün Avrupa'yı saran 1848 ayaklanmalarıdır. Bu ayaklanmalar karşısında bütün Avrupa ülkelerinde *liberal hükümetler* yerlerini ayaklanmaları şiddetle bastırmaktan yana olan *muhafazakar-militarist* hükümetlere bırakmış, liberal burjuva atmosfer dağılmıştır.

Bu ortamda 1851 yılında 11 Avrupa ülkesi tarafından düzenlenen ilk Uluslararası Hijyen Konferansı'nda hekimlerin çoğu, Pasteur ve Koch'un buluşlarından *20 – 30 yıl önce*, hastalıkların etiyolojisine ilişkin kontagionist kuramlar lehine hiçbir yeni bilimsel katkı olmamasına karşın, antikontagionist kuramları bir kenara bırakmış ve kolera, sarı humma ve tifüs gibi hastalıklara karşı Avrupa çapında *karantina ve izolasyon* tedbirleri alınmasını benimsemişlerdir.

Kuşkusuz hastalıkların etiyolojisine ilişkin yargıların (hatta belki önyargıların) önemi, bu yargıların hastalıklara karşı alınacak tedbirleri belirlemelerinden ileri gelmektedir. Bu anlamda hastalıkların etiyolojisine ilişkin kontagionist veya antikontagionist kuramlar, bu hastalıklardan korunma ve hastalıkların yayılmasının önlenmesine yönelik farklı stratejiler önermektedirler.

Hipokrat'ın *Hava, Su ve Toprak Üzerine* eserinde öne sürdüğü

gibi, hastalıkların bu ortamlardaki kirlilikten kaynaklandığına inanıldığında (miyazma veya antikontagionist kuram), sorunun çözümü hijyenden (kanalizasyon sistemleri, caddelerin temizliği, barınak hijyeni vs.) geçerken; hastalıkların esas olarak bulaş yoluyla yayıldığına inanıldığında (kontagionist kuram), çözüm bu bulaşın kesilmesi için insanların birbirleriyle temasına kısıtlamalar getirmek (karantina ve izolasyon) olmaktadır.

Aşıların ve antibiyotiklerin bulunması ve yeni nesillerinin geliştirilmesi çabaları ardındaki güdü de, hastalıkların etiyolojisinin bulaş ve mikrop kuramlarıyla açıklanmasıdır. Sorunun kaynağı mikrop ise, çözüm de bu mikrobun yok edilmesi veya etkisiz hale getirilmesi olacaktır.

**Bunlar Tarihte mi Kaldı? Bugün Durum Farklı mı?**

Baretto'ya göre enfeksiyon hastalıklarının hortladığı veya yeniden ortaya çıktığı günümüzde tıp dünyasının bu sorunlara yanıtı çelişkilerle doludur. Örneğin SARS (Şiddetli İvegen Solunumsal Sendrom) ortaya çıktığında tıp dünyası *kontagionist* paradigma çerçevesinde hızla etiyolojik *ajanı tanımlama* çabası içine girmiş ve ajan tanımlanır tanımlanmaz, bu ajana karşı etkili *ilaç ve koruyucu aşı* geliştirme arayışlarına hız verilmiştir.

Oysa hastalığa ilişkin önlemler ülke bazında bu ülkelerin *politik rejimlerine* göre farklılıklar göstermiştir. Bireysel ve toplumsal hakların öne çıktığı daha az otoriter rejimler *antikontagionist* kuramla uyumlu olan el yıkama ve kişisel hijyen başta olmak üzere *hijyenik tedbirlere* öncelik verirken, rejimin otoriterlik dozu ile doğru orantılı olarak kontagionist kuramla uyumlu *bireysel ve toplumsal özgürlükleri kısıtlayıcı tedbirler* öne çıkmıştır.

**Kaynaklar**

**Ackercknecth, EH. (2009[1948]).** *Anticontagionism between 1821 and 1867.* International Journal of Epidemiology, 38(1): 7 – 21.

**Barreto, ML. (2003).** *Science, policy, politics, a complex and unequal world and the emerging of a new infectious disease.* Journal of Epidemiology and Community Health, 57: 644–645.

**Howard-Jones, N. (1975).** *The scientific background of the International Sanitary Conferences.* WHO: History of International Public Health. No: 1.

**Stern, AM. ve Markel, H. (2009).** *Commentary: Disease etiology and political ideology: revisiting Erwin H Ackerknecht's Classic 1948 Essay, 'Anticontagionism between 1821 and 1867'.* International Journal of Epidemiology, 38(1): 31 – 3.

# 4. Bölüm
# Sovyet Deneyimi[1]

*Amerikan ve Fransız burjuva devrimleri nasıl Fransız Ansiklopedistlerin[2] düşünceleri için bir uygulama ve sınama alanı olduysa, Sovyet devrimi de tıpta toplumcu düşünce için bir laboratuar olmuştur. Emeğin Paris Komünü'yle yaşadığı çok kısa süren bir iktidar deneyimi hariç tutulursa, toplumcu düşünceler ilk kez Rusya'da Sovyet devrimi ile ete-kemiğe bürünmüştür.*

Toplumcu tıp düşüncesi 1848 Devrimi'ni ateşleri arasında doğmuş ve toplumcu tıp uygulamaları *ilk kez* 1871 yılında Paris Komünü'nde yaşama geçme olanağı bulmuştur. Yalnızca 71 günlük bir deneyim olmasına karşın[3], sağlık da içinde birçok alanda aldığı kararlar ve uygulamalarıyla tarihin gidişine önemli etkileri olan Komün, More'un Ütopyası'ndan beri bir düş olan *herkese eşit, ücretsiz sağlık* talebini yaşama geçirmek doğrultusunda önemli adımlar atmış ve barikatlarda savaşanlar için ambulans örgütlenmesinden, sanitasyon ve hijyen tedbirlerine kadar birçok hizmete imza atmıştır[4].

---

[1] Bu konu Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi (Yazılama Yayınları, 2010) başlıklı kitabımızda ayrıntılı olarak ele alındığından, burada yalnızca ana hatlarıyla değinilmiştir.
[2] 18. yüzyılda Fransa'da bir aydın hareketi. Dönemin hemen bütün aydınlarını barındıran bu hareket burjuva devrimlerin düşünsel temellerini oluşturmuştur.
[3] 26 Mart 1871 – 28 Mayıs 1871 arası sürmüştür.
[4] Paris Komünü'nde sağlık hizmetlerine ilişkin pek az kaynak vardır. PubMed'den ulaşılabilen kaynaklar Rusça ve Slovakça olduğundan yararlanılamamıştır.

Paris Komünü deneyiminden önemli dersler çıkartan emekçiler, ikinci ve en uzun iktidar deneyimlerini Rusya'da yaşamışlardır. Sovyetler Birliği, 7 Kasım 1917'de gerçekleşen Ekim Devrimi'yle kurulmuş ve sosyalist hükümet 9 Kasım 1917'de V.İ. Lenin başkanlığında oluşturulmuştur. 7 Kasım'ın ilk saatlerinde Petrograd'da işçiler, Baltık filosu ve Petrograd garnizonunun başlattığı silahlı ayaklanmayla sermayeyi ezmeyi başaran emekçiler, yayınladıkları kararnamelerle önce barışa, daha sonra toprağın, fabrikaların, madenlerin, bankaların ve demiryollarının emeğin mülkiyetine geçmesine imza atmışlardır. Lenin başkanlığında kurulan sosyalist hükümetin çıkarttığı ilk düzenlemeler şunlardır:

- 8 Saatlik İşgünü
- Sosyal Sigorta ve İşçi Hastalık Sigortası
- Bütün Sağlık Kurumlarının İşçi Hastalık Sigortası'na Bağlanması

Sağlık, yeni kurulan Sovyet Hükümeti'nin öncelikleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Hükümet kurulur kurulmaz ilk iş olarak 11 Kasım 1917'de Rusya'da sağlık hizmetlerini *sosyalleştirmiştir.* Çarlık Rusya'sında feodal soyluluğun ve sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenmiş olan özel sağlık hizmetlerinin yerine, işçiler ve köylülerin, bir başka deyişle emeğin gereksinimlerine göre örgütlenen sosyalist bir kamusal sağlık sistemi kurulmuştur.

Kuşkusuz tıbbın hastalıklara karşı kullandığı silahlar bütün sistemlerde aynıdır ve sermayenin egemen olduğu ülkelerde de sınırlı da olsa, özellikle sermayenin kendisi için kar görmediği koruyucu hekimlik alanında kamusal sağlık hizmetleri örgütlenmiştir; Sovyet sağlık sistemini *sosyalist* yapan, hastalıklara karşı bilimin ve teknolojinin sağladığı olanakları *hangi amaçla* ve *nasıl* kullanıldığıdır. Sovyetlerin hastalıklarla savaşta tıbbı kullanma biçimi, diğer bir deyişle Sovyet sağlık sistemi, 1917 Ekim Devrimi'nden hemen sonra emeğin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmeye başlamış, sistemin ilkeleri bu dönemde belirlenmiş ve uygulamalar zaman içinde bazı değişimlere uğramış olsa da temel ilkeleriyle, en azından, 1980'li yıllara kadar sürdürülmüştür.

Lenin'in sağlığa yaklaşımını sergilemek bakımından aşağıdaki satırlar önemlidir:

Bütün yaşamları boyunca başkalarına zenginlik yaratmak için

didinen, açlıktan ve sürekli yetersiz beslenmeden helak olan binlerce, on binlerce erkek ve kadın, korkunç çalışma koşulları, sefil barınma şartları ve aşırı çalışmanın neden olduğu hastalıklardan yaşamlarını erken yitirirler[5].

Bu satırları 1901 yılında kaleme alan Lenin, hastalıkların ve erken ölümlerin nedenlerinin yetersiz beslenme, korkunç çalışma koşulları, sefil barınma şartları ve aşırı çalışma olduğunu belirtmektedir. Sovyetler Birliği sağlığa bu anlayışla yaklaşarak, Engels'in tohumlarını attığı, Virchow'un kuramlaştırdığı toplumcu tıbbı dünyanın en geniş coğrafyalarından birinde ete-kemiğe büründürecektir. Emekçilere tıbbi yardımın örgütlenmesine ilişkin olarak devrimin ilk günlerinde Lenin tarafından imzalanan yüze yakın kararname yayınlanmıştır. Devrimin ilk yıllarında bir yandan karşı-devrimcilere karşı savaş yürüten emekçiler, diğer yandan sağlığın ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesi çabalarını sürdürmüşlerdir[6].

Toplumcu tıp, hastalıkların kaynağını doğal ve toplumsal çevrede arar. İvan Petrovich Pavlov[7] (1849 – 1936) bu yaklaşımı şöyle ifade etmektedir:

> ... hastalıkların nedenleri genellikle organizmalara gizlice sokulmaz ve hasta hekime başvurmadan önce işini görmeye başlamaz mı? Ve kuşkusuz nedenlerin bilgisi (etiyoloji) tıbbın en temel bölümlerinden biridir. İlk olarak, hastalığa karşı etkin mücadele ancak hastalığın nedeninin bilinmesiyle olanaklıdır; ikincisi ve daha önemlisi, hastalığın nedeni bilinirse bu nedenin bedende iş görmesi ve organizmayı istila etmesi önlenebilir. Günümüz tıbbı ancak hastalıkların bütün nedenlerini öğrendiğinde geleceğin tıbbı, yani sözcüğün en geniş anlamıyla hijyen haline gelecektir[8].

Bu kapsamdaki ilk çabalar, yerel yönetimlere bağlı tıp ve sağlık ku-

---

[5] Lenin, 1901.

[6] 8 Kasım 1917 tarihinde Petrograd'da Devrimci Askeri Komiteye bağlı olarak Dr. M. I. Barsukov yönetiminde örgütlenen Tıp ve Sağlık Departmanı, emekçilerin devrimden sonra oluşturdukları ilk sağlık örgütüdür. Ayaklanmacılara tıbbi yardım sunmak amacıyla oluşturulan bu departman daha sonra Sovyetler Birliği'nin ilk merkezi halk sağlığı organı haline gelmiştir.

[7] Koşullu refleks alanındaki çalışmalarıyla tanınmış ünlü Rus fizyolog.

[8] Bkz. Lisitsin, 1972.


Nikolay Aleksandroviç Semaşko

rullarının oluşturulmasıdır. 1918 Ocak ayında bu kurullar ülkenin en yüksek halk sağlığı organı olan Sağlık Kurulları Konseyi çatısı altında toplanmışlardır[9]. 1918 Haziran'ında toplanan Tıp ve Sağlık Kurulları Kongresi'nde Sağlık Halk Komiserliği (Sağlık Bakanlığı) kurulmasına karar verilmiştir[10]. Böyle-ce dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı Sovyetler Birliği'nde kurulmuş ve Bakanlığa Nikolay A. Semaşko, bakan yardımcılığına Z. P. Soloviov getirilmiştir. Ayrıca bakanlıkta Rusya'nın önde gelen hekimleri görev almışlardır[11] ve Sağlık Bakanlığı'na danışmanlık yapmak üzere Professor Lev Aleksandrovich Tarasevich[12] (1868 - 1927) başkanlığında bir Bilimsel Tıbbi Konsey oluşturulmuştur.

Yine bu kongrede emekçilerin kendi sağlıklarına ilişkin her konuda söz ve karar sahibi olmaları ilkesi benimsenmiştir. Khirin bu ilkeyi şöyle ifade etmiştir:

> İşçiler ve köylüler cumhuriyette bütün politik ve ekonomik gücü ele geçirdikleri gibi sağlığın korunmasını da ellerine almalıdırlar.

Devrimden sonra emekçilerin karşısında yer alan birçok hekim ve bilim insanı ülkeyi terk ederken, aralarında Vladimir Mikhailovich

[9] Böyle adlandırılmasının nedeni, örgütlenen Halk Komiserlikleri bünyesinde de Tıp veya Tıp ve Sağlık Kurulları örgütlenmiş olmasıdır. Sağlık Kurulları Konseyi hem Komiserlikler bünyesinde örgütlenmiş kurulları, hem de yerel yönetimler altında örgütlenenleri tek çatı altında birleştirmiştir.

[10] Sağlık Bakanlığı kurulmasına ilişkin kararname 11 Temmuz 1918'de Lenin imzasıyla yayınlanmıştır.

[11] V. M. Bonch-Bruyevich (Velichkina), A. P. Golubkov, P. G. Dauge ve Y. P. Pervukhin.

[12] Rusya'da aşı ve serum çalışmalarının öncüsü.

Bekhterev[13] (1857 - 1927), Danylo Kyrylovych Zabolotny[14] (1866 - 1929), Aleksei Nikolaevich Sysin[15] (1879 - 1956) ve Aleksei Nikolaevich Bach[16] (1857 - 1946) gibi tanınmış bilim insanları da emekçilerin yanında yer almış ve Sovyetler Birliği'nde sağlığın ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesine katkıda bulunmuşlardır.

**Toplumcu Tıbbın Ayırt Edici Özelliği: Profilaksi**

Sovyet sağlık sisteminin temelini profilaksi (önleyici tıp) çalışmaları oluşturur. 19. yüzyılın Nikolay Ivanovich Pirogov[17] (1810 - 1881) ve Grigoriy Antonovich Zakharyin[18] (1829-1897) gibi önde gelen Rus hekimleri "*geleceğin tıbbının önleyici tıp olacağını ve dönemin en büyük sağlık sorunları olan bulaşıcı hastalıkların ancak önleyici tıpla alt edilebileceğini*"[19] öngörmüşlerdir.

1920'lerde Sovyetler Birliği Sağlık Bakan yardımcısı Z. P. Soloviov (1876 - 1928) Sovyet tıbbı ile kapitalist ülkelerdeki tıp arasındaki esas farkın önleyiciliğe vurgu olduğunu, kapitalist bir ülkede tıbbın önleyiciliğe vurgu yapmasının olanaksız olduğunu, çünkü önleyici tıbbın *kapitalist sistemin temel ilkelerine ters düştüğünü* belirtmiştir. Kapitalist ülkelerde önleyici yaklaşımlar "bireysel" düzeyde kalmaya mahkumdur. Bu ülkelerde önleyiciliğin erişebileceği son nokta, bulaşıcı ve salgın hastalıklara yönelik tedbirlerdir. Bu durumda dahi önleyiciliğin tıp ve sağlık uygulamaları içinde yalıtılması amacıyla örneğin aşılama - bağışıklama çalışmaları "tedavi" hizmetlerinden elden geldiğince ayrı tutulmaya çalışılır[20]. Oysa Sovyet tıbbında profilaksi ile tedavi hekimliği arasındaki

---

[13] Nörolog ve nesnel psikolojinin kurucusu. Hafızada hipokampusun rolünü tanımlaması ve adı ile anılan hastalıkla tanınmaktdır.

[14] Veba üzerine çalışmalarıyla tanınmış mikrobiyolog ve epidemiyolog.

[15] Sovyet hijyen örgütlenmesinin kurucularından. Epidemiyolog.

[16] Rusya'da biyokimyanın kurucusu.

[17] Rus cerrahisinin kurucusu olarak bilinir. Cerrahide anesteziyi sahada ilk kullanan cerrahtır (1847 yılında).

[18] Döneminin en ünlü klinisyenidir.

[19] Bkz. Lisitsin, 1972.

[20] Bu hizmetler özellikle toplum içinde sağlık hizmeti dendiğinde ilk akla gelen ve daha "değerli" görülen hastaneler ve "uzman hekimler" yerine, birinci basamakta ve pratisyen hekimler tarafından sunulur.

yapay ayrımlar kaldırılmıştır. Önleyici tıp uygulamaları, tedavi uygulamaları gibi hastanelerde ve uzman hekimler tarafından sunulur. Dahası önleyici uygulamalar tıbbi hizmetlerle sınırlı değildir. Sovyetler Birliği'nde hekimler, aynı zamanda "sosyal çalışmacı" olup, "sosyal tanı" koyabilme ve "sosyal tedavi" uygulayabilme becerilerine sahiptir. Böylece Sovyet tıbbında önleyicilik tıbbi profilaksi ile sınırlı kalmaz ve sosyal profilaksiyi de kapsar.

Profilaktik (önleyici) tıbbın yaygınlaşabilmesi için hekimlerin ve sağlık emekçilerinin eğitimlerinde bazı düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir. Tıp eğitiminin sermayenin gereksinimlerine göre örgütlendiği ülkelerde amaç hastaların tedavisi olduğundan, eğitimde vurgu hastalıkların tanı ve tedavisi üzerine yoğunlaşmaktadır. Oysa profilaktik yaklaşımda hastalıkların henüz belirtileri ortaya çıkmadan, bireyler kendilerinde bir rahatsızlık hissetmeden (premorbid dönemde) tanısı gerekmektedir. Bu amaçla tıp ve sağlık eğitiminde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastalıkları henüz belirtiler ortaya çıkmadan tanıyabilmelerine yönelik değişikliklere gidilmiştir. Bu alanda özellikle Maxim Petrovich Konchalovsky'nin (1875 - 1942) çalışmaları önemlidir.

Önleyici hizmetler hastanesinden polikliniğine, dispanserinden işyeri sağlık birimlerine kadar bütün sağlık kurumlarının birincil görevidir. Önleyici hizmetlerin tam bir listesini yapmak neredeyse olanaksızdır. Sanayi tesislerinde sağlık standartlarına[21] uyulmasının sağlanmasından atmosferin, toprağın ve su kaynaklarının kirlenmesinin önlenmesine kadar, belli hastalıklara karşı bağışıklama çalışmalarından çocuk bahçelerindeki oyuncakların güvenlik standartlarının denetlenmesine kadar bütün çalışmalar önleyici hizmetler kapsamındadır.

Sağlığın ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlendiği ülkelerde sağlık göstergelerinde çok hızlı iyileşmeler gözlenmiştir[22]. Bunun nedeni bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin "tıbbi hizmetlerle" sınırlandırılmaması ve barınma, beslenme, sanitasyon ve hijyen koşullarının iyi-

[21] Örneğin atmosferdeki toz veya kimyasalların, ortamdaki gürültü düzeyinin belli sınırları aşmasının önlenmesi.

[22] Sigerist, 1947; Alderguia and Alderguia, 1983; Quinn, 1973.

leştirilmesi, güvenli içme suyu sağlanması, kadınlara pozitif ayrımcılık gösterilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, katı çevre ve sanayi güvenliği standartları benimsenmesi ve tıbbi hizmetlere erişim önündeki engellerin kaldırılmasıdır[23].

**Sovyetler Birliği'nde İşçi Sağlığı ve Güvenliği**

**Rusya'da Devrim Öncesi Durum**

Topraklarının önemli bir bölümü Avrupa kıtasında yer almasına karşın, Osmanlı İmparatorluğu gibi komşularının aksine sanayileşmede oldukça geç kalan Rusya, on-dokuzuncu yüzyıla bir tarım ekonomisi olarak girmiştir. Gelişmiş Avrupa ülkelerinde çoktan tarihe karışmış olan serflik Rusya'da ancak 1861'de kaldırılabilmiş ve böylece Rusya'da sanayinin gelişiminin önü açılmıştır.

On-dokuzuncu yüzyılda Rusya'nın belli başlı büyük merkezlerinde kurulmuş olan sanayi, Avrupa ülkelerinde olduğu gibi işçi sağlığı ve çevre sorunlarını da beraberinde getirmiştir. 1957 yılında Moskova'da yayınladığı Meslek Hastalıkları isimli kitapta Rusya'da işçi sağlığı hizmetlerinin tarihini aktaran A. A. Letavet'e göre 1847 yılında Rusya'da sanayi hijyeni ve meslek hastalıkları sorunlarının sistematik bir değerlendirmesini yapan A. N. Nikitin bu ülkede işçi sağlığı ve güvenliği uygulamalarının ilk öncülerindendir.

Letavet, Rusya'da sanayi sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde emeği geçenler arasında A.D. Pegozhev, E. M. Dementev, S. M. Bogoslovski'yi (1870 - 1936) ve fizyolog Ivan M. Sechenov'u[24] (1825 - 1905) saymaktadır. 1865 yılında önde gelen Rus hekimlerinden S. P. Botkin[25] (1832 - 1889) tarafından, sanayi bölgelerindeki yaşam ve çalışma koşullarını belirlemek ve iyileştirmek için bir komisyon kurulmuştur. P. A. Peskov 1875 yılında çevrenin, yaşam ve çalışma koşullarının insan sağlığı üzerine etkilerini araştıracak hijyen merkezleri kurulmasının gereğine işaret etmektedir.

[23] Derr *et al*, 1982.

[24] Merkezi sinir sistemi fizyolojisi üzerine çalışmalarıyla ünlüdür.

[25] Botkin Avrupa'da dönemin önde gelen bilim insanlarıyla (Claude Bernard ve Rudolf Virchow gibi) birlikte çalışmıştır.

Çarlık Rusya'sında işçi sağlığına en önemli katkı, *Mesleki Hijyen, Fiziksel ve Mental İş Hijyeni* kitabının yazarı F. S. Erisman (1842 - 1915) tarafından konmuştur. 1882 yılında Moskova Üniversitesi'nde hijyen dersi veren Erisman, otopsi raporlarının ve istatistiksel çalışmaların, hava kirliliğinin insan bedeninin akciğerler, göz ve sinir sistemi gibi önemli organlarında etkiler oluşturduğunu belirterek, sağlığı korumak için havadaki bütün yabancı maddelerin uzaklaştırılması gerektiğini söylemektedir.

Rusya'da işçi sağlığı ve güvenliği uygulamalarının tarihi, 1866 yılında kabul edilen bir yasayla işverenlere işçileri için tıbbi hizmet ve istihdam ettikleri her yüz işçi için bir hastane yatağı sağlama yükümlülüğü getirilmesine uzanır. Ancak bu yasa, arkasında yeterli bir güç bulunmadığından yaşama geçirilememiş, işçiler için tıbbi hizmetler çok yetersiz kalmıştır.

Öte yandan serfliğin kaldırılmasından sonra hızla gelişmeye başlayan sermaye, kârın kaynağı olan emeğin en azından sabahları işe gelebilecek kadar sağlıklı olması gerektiğinin farkına varmaya başlamıştır, fakat bunun bedelini ödemek istememektedir. Rusya'da sanayi batı ülkelerindeki kadar gelişmiş ve yaygınlaşmış olmadığından işçi sınıfı da gelişememiş, henüz Avrupa'daki meslektaşları gibi örgütlü mücadele gelenekleri oluşturup işverenleri ve hükümeti sağlık alanında kendileri için düzenlemeler yapmaya zorlayacak bir eylemlilik içine girememiştir.

Rusya'da işçilerin Avrupalı meslektaşları gibi hastalandıklarında sağlık yardımı hakkına sahip olmak amacıyla gerçekleştirdikleri ilk büyük eylem, 9 Ocak 1905 tarihinde Çar 2. Nikola'ya hitaben bir imza kampanyasıdır. Bu kampanyada işçiler politik ve ekonomik talepleri yanında sosyal sigorta taleplerini de dile getirmişlerdir. 1905 devriminin yenilgiye uğramasıyla birlikte ezilen işçi sınıfı hareketi uzun süre kendisini toparlayamamış, Rusya'da ilk sosyal sigorta yasası (hastalık ve kaza sigortası) ancak 1912 yılında Duma'dan[26] geçebilmiştir. Fakat yasanın kapsamı çok kısıtlıdır ve ücretli emekçilerin yalnızca beşte birine uygulanabilmektedir. Yine iş kazası durumunda tazminat, ancak işçinin kazanın patronun hatası sonucu meydana geldiğini kanıtlayabilmesi koşuluyla verilebil-

[26] Çarlık Rusya'sında yetkileri oldukça sınırlı olan Meclis.

mektedir. Çoğu kez patron bu süreç başlamadan işçiye küçük bir miktar ödeyerek olayı kapatmaktadır.

Birinci Paylaşım Savaşı bu tabloyu tamamen değiştirecek ve Avrupa'nın en gerisindeki Rusya işçileri, savaşın sonuna doğru kendilerini en önde bulacaklardır.

## 1917 Ekim Devrimi ve İşçi Sağlığı ve Güvenliği

Sovyetler Birliği'nde (SSCB) işçi sağlığının gelişmesinin temelini 1917 Devrimi ve Sovyet sisteminin ilkeleri oluşturmaktadır. Devrimden sonra hızla sanayileşen[27] SSCB'de sanayi sağlığına büyük önem verilmiştir.

Sosyalist bir ülkede, çalışmak insanlar için hem bir hak, hem de görevdir. İnsanın insan tarafından sömürülmemesi ilkesine dayanılarak örgütlenmiş sosyalist bir toplumda insanların emeklerine el koymak yasaklandığı gibi, kira veya faiz gelirleri elde etme olanakları da ortadan kaldırılmıştır. Bu nedenle çalışmak, insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için zorunlu bir eylemdir. Sosyalizmin Anayasası olarak kabul edilen "çalışmayana ekmek yok" belgisi bu gerçeği yansıtmaktadır.

Bu durumda Sovyet hükümetine iki önemli yükümlülük düşmektedir: herkese iş sağlamak ve insanların çalışabilmeleri için sağlıklı olmalarını sağlamak. Diğer yandan çalışmanın zorunlu olduğu bu ülkede, insanların çalışırken sağlıklı kalmalarını sağlamak da Sovyet hükümetinin bir yükümlülüğüdür. Birçoğu doğası gereği tehlikeli veya insan sağlığına zarar verebilecek işlerle uğraşılan meslekler, iş yaşamında karşılaşılan psikososyal etkenler ile fiziksel, kimyasal veya biyolojik risk faktörleri devletin bu yükümlülüğünü daha da arttırmaktadır.

### *Sosyal Güvenlik*

Sovyet hükümeti devrimden[28] hemen sonra 13 Kasım 1917 tarihinde bir kararname yayınlayarak, "Ücretli Emekçiler için Tam Sosyal Sigorta" getirmiştir:

1. İstisnasız bütün ücretli emekçiler ile köy ve kent yoksulları için sos-

[27] 1957 yılında Sovyetler Birliği'nde sanayi üretimi 1917 yılına göre 40 kat artmıştır.

[28] Sovyet devrimi miladi takvimle 7 Kasım 1917 tarihinde gerçekleşmiştir.

yal sigorta

2. Sigorta hastalık, yaralanma, yaşlılık, gebelik, dulluk, yetimlik ve işsizlik gibi durumların hepsini kapsar

3. Sigortanın bütün maliyeti işveren tarafından karşılanır

4. Engellilik veya işsizlik durumunda tam tazminat ödenir[29]

5. Sigortalılar sigorta kurumları üzerinde tam bir kontrole sahiptir

Ancak devrim sonrasında birkaç yıl daha devam eden iç savaş nedeniyle bu kararname, diğer pek çok düzenleme gibi ancak 1922 yılından itibaren tam olarak uygulamaya girebilmiştir[30]. İşçiler için işverenin ödediği sigorta primi, işin tehlikesine göre işçi ücretinin % 4'ü ile % 10,7'si arasında değişmektedir.

Sovyetler Birliği'nde örgütlenen sosyal sigorta, 1920'li yıllarda diğer ülkelerde örgütlenmiş olan sigortalarla karşılaştırıldığında işçilere hiçbir yerde sunulmayan avantajlar sağlamaktadır:

- Tıbbi bakım
- Geçici engellilik durumlarında (hastalık, kaza, karantina, gebelik, hasta bir aile bireyine refakat) yardım
- Doğum, ölüm vb. durumlarda ek yardımlar
- İşsizlik yardımları[31]
- İş göremezlik aylığı
- Yaşlılık aylığı
- Aile geçimini sağlayan kişinin ölümü durumunda geride kalanlara aylık bağlanması

Sigorta yardımları emekçiyle sınırlı olmayıp, bakmakla yükümlü olduğu kişileri de kapsamaktadır. Geçici iş göremezlik durumlarında işçinin son üç ay kazandığı aylıkların ortalaması iş göremezlik süresince aylık olarak ödenir. Kalıcı iş göremezlik durumlarında ise işçiye emekli aylığı bağlanır. Bu aylık iş göremezliğin nedenine ve derecesine bağlı olarak son aylığın % 40 – 100'ü arasında değişir. Meslek hastalığı veya iş kazaları

---

[29] Çalışırken aldığı maaşı kesintisiz olarak almayı sürdürür.

[30] 1929 yılında 10.9 milyon olan sigortalı işçi sayısı, 1932 yılında 22.6 milyona ve 1934 yılında 23.4 milyona yükselmiştir.

[31] 1929 yılında 10.9 milyon olan sigortalı işçi sayısı, 1932 yılında 22.6 milyona ve 1934 yılında 23.4 milyona yükselmiştir.

durumlarında oran yükselir.

SSCB'de bu yıllarda yürürlükte olan mevzuat dünya ülkelerinin mevzuatlarına göre işçi yararına son derece ileri hükümler içermektedir. Daha bu yıllarda işçinin evinden işe gelirken yolda geçirdiği kazalar da iş kazasından sayılmıştır. Gelişmiş batı ülkelerinde bu tür hükümlerin benimsenmesi için uzun yıllar geçmesi gerekecektir.

Bütün emekçilere son aylıklarının % 50 – 60'ı oranında yaşlılık aylığı bağlanmaktadır. Yaşlılık aylığı bağlanma sınırı erkeklerde 60, kadınlarda 55 yaştır. Ancak maden işçileri gibi ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar 50 yaşında yaşlılık aylığına hak kazanmaktadırlar. Ancak emekli aylığı bağlanması için erkeklerin 25, kadınların ise 20 yıl fiilen çalışmış olmaları gerekir.

*İşçi Sağlığı*

Çarlık Rusya'sı coğrafyasında sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimi Sovyet Hükümeti'nin getirdiği bir yeniliktir. 18 Haziran 1918'de bir hükümet kararnamesiyle Sağlık Bakanlığı (Narkomzdraw - Narodnyi Komissariat Zdrawoochronienija) kurulmuş ve V. İ. Lenin'in yakın arkadaşlarından Dr. Nikolay Aleksandroviç Semaşko Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı olmuştur. Sovyetler Birliği'ni oluşturan her cumhuriyette de birer Sağlık Bakanlığı (Gubzdraw-Gubernia Zdrawoochronienija) kurulmuştur.

Sovyet sağlık sistemi "yurttaşlarının sağlığından devletin sorumlu olması ve sağlık bakımının her yurttaşın hakkı" olduğu felsefesine dayanır. Bu felsefeye göre önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetleri herkese ücretsiz sunulmalıdır. Sovyet sağlık sistemi şu ilkelere dayalıdır:

- Ağırlığın, önleyici sağlık hizmetlerine verilmesi
- Herkese yüksek standartta ücretsiz sağlık bakımı
- Tıbbi araştırma ve uygulama arasında yakın ilişki
- Sağlık sisteminin geliştirilmesine halkın katılımı
- Hijyen bilgisinin toplum içinde yaygınlaştırılması

Sovyetler Birliği'nde sağlık bakımının özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Hekimlerin devlet görevlisi, sağlık kurumlarının devlet kurumları ve

hizmetin devlet hizmeti olması

- Sevk zinciri ile birbirlerine bağlı sağlık kurumlarında hizmet
- Genel bütçeden finanse edilen ücretsiz sağlık hizmeti
- Sanayi ve tarım işçileri ve ailelerine sağlık bakımında öncelik
- Önleyici ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi

Sağlık Bakanlığı kurulur kurulmaz ilk iş olarak bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele etmek için İşçi Komiteleri kurulmuştur. Komitelerin görevi kamusal kurumları temizlik yönünden denetlemek, insanlara temizliği öğretmek, sabun dağıtmak ve bitle mücadele etmektir. 1919 yılında Lenin "ya sosyalizm biti yenecek, ya da bit sosyalizmi" diyerek bu mücadelenin önemini vurgulamıştır.

Moskova'da 10 Haziran 1918'de Birinci Bütün Rusya Tıp-Hijyen Departmanları Kongresi toplanarak şu kararları almıştır:

- Hijyen yönetiminin merkezileştirilmesi
- Özel bir hijyen müfettişliğinin oluşturulması
- Halkın hijyen hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak
- Hijyen ve sağlık önlemlerinin alınmasında halkın geniş yardımını sağlamak.

Görüldüğü gibi Sovyetik sağlık sistemi esas olarak koruyucu ve önleyici hizmetlere dayalıdır. Bu alanlar sermaye için karlı olmadığından kapitalist ülkeler daha çok tedavi hizmetlerine yatırım yaparlar. Örneğin Çarlık Rusya'sı sağlık bütçesinden koruyucu hizmetlere yalnızca % 5 pay ayırırken, SSCB'de 1920'li yıllarda bu oran % 60'a yükselmiştir[32].

**1920 - 1930 Dönemi**

Sosyalist ideoloji işçi sınıfının ideolojisi ve sosyalist devlet işçi sınıfının devletidir. Bu nedenle nasıl kapitalist ülkelerde sermayedarlar ve sermayenin egemenliğini sürdürmesinde görev alanlar her alanda olduğu gibi sağlık alanında da imtiyazlıysa, Sovyetler Birliği'nde devletin sahibi olan işçi sınıfı imtiyazlı olmalıdır. Bu nedenle bütün sağlık kurumlarında öncelik işçi sınıfınındır. Ancak bununla yetinilmemiş, sağlık hizmetleri işçi sınıfının sağlık gereksinimlerine göre örgütlenmiş ve işçi sınıfı için

---

[32] Aynı yıllarda ABD'de koruyucu hizmetlere ayrılan pay yalnızca % 3,5'dir.

çalıştıkları yerlerde sağlık birimleri oluşturulmuştur.

Sovyetler Birliği 11 Kasım 1917'de (henüz devrimin üzerinden bir hafta dahi geçmeden) bir kararname ile iş gününü 8 saate indirmiştir[33]. Devrimin 10. yıldönümü olan 1927 yılında ise iş günü ücret aynı kalmak şartıyla 7 saate indirilmiştir. Gece vardiyaları için ise mesai 6 saattir. Daha sonra ağır ve tehlikeli işlerde çalışan işçiler için mesai günde 6 saate, bazı kategorilerde (örneğin civa sanayi) 4 saate indirilmiştir.

1920 yılında Çalışma Bakanlığı tarafından, yerleşim yerlerinin sanayinin zararlı etkilerinden korunması amacıyla bir kararname yayınlanmıştır. Bu kararnameyle sanayi bölgelerinin yerleşim yerlerinin uzağında kurulması yasalaştırılmıştır.

İçinde işçi sağlığı ve güvenliği alanında düzenlemeler bulunan İş Kanunu 15 Kasım 1922'de kabul edilmiştir. Yasaya göre hiçbir sanayi tesisi veya işlik, sendikalar ve sağlık otoritelerinin onayı alınmadan inşa edilemez, tadilat yapılamaz veya başka yere taşınamaz. Hiçbir tesis iş müfettişi ve hijyen müfettişi tarafından incelenmeden hizmete giremez. Yine yasa ev işleri ve zanaatkarlar dahil, geçimini karşılığı ücretle ödensin ya da ödenmesin emeği ile sağlayan herkesi işçi kabul ederek kapsamına almıştır.

Yasanın uygulanmasını denetlemekten sorumlu olan iş müfettişleri sendikalar tarafından işçiler arasından seçilmekte ve özel iş müfettişliği okullarında eğitilmektedirler. Her işlikte Yerel Komiteler (fabkom veya mestkom)[34] tarafından temsil edilen sendikalar, işyerindeki işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarına katılır ve denetler.

İşçi sağlığı alanında standartların belirlenmesi ve bunların uygulanmasında Sovyetler Birliği öncülük etmiştir. Hava kirliliği standartları 1920'lerde kullanılmaya başlamış ve işçi sağlığına zararlı 14 maddeyi içeren bir liste yayınlanmıştır[35]. Sovyetler Birliği'nde çalışma ortamlarında toksik maddeler için azami kabul edilebilir yoğunlukların belirlenmesi için hükümet tarafından bilimsel bir komite görevlendirilmiştir.

---

33 Sovyetler Birliği dünyada 8 saatlik iş gününü yasalaştıran ve uygulayan ilk ülkedir.

34 Fabkom: fabrika komitesi ve Mestkom: yerel komite.

35 Bu standartlar Birleşik Devletler'de 1937 yılında ve Almanya'da 1938 yılında kabul edilmiştir. İsveç, standartları 1969yılında kabul etmiştir.

Sendikaların bu değerler üzerinde yorum yapma hakları bulunmaktadır. Komite tarafından oluşturulan işçi sağlığı standartları her yıl yayınlanmaktadır.

*İşyeri Sağlık Birimleri*

Sovyetler Birliği'nde 1922 yılında işyerlerinde "sağlık hücreleri[36], dispanserler ve poliklinik gruplarından" oluşan sağlık kompleksleri biçiminde, Sovyetler Birliği'ne özgü bir kurumlaşmaya gidilmiştir. Bu sistemde sağlık hücrelerinde, işyerlerinde çalışan işçiler arasından gönüllü olarak sağlık eğitimine katılan işçiler görev almaktadır. Sağlık hücrelerinde bu işçiler tarafından tespit edilen hasta işçiler, her işyerinde bulunan ve ilkyardım ve ön-muayene yapılan ayaktan bakım birimlerine gönderilmekte, buradan da hekim gerek görürse dispanser veya polikliniğe sevk edilmektedir. Bu sistemin altında yatan felsefe Dr. Semaşko tarafından, "işçilerin sağlığı işçilerin elinde olmalıdır" şeklinde ifade edilmektedir.

Her dispanser bir tıbbi ve bir sosyal bölümden oluşmaktadır. Sosyal bölüm hijyen şartlarını denetlemekte, toplumsal ve bulaşıcı hastalıkların kayıtlarını tutmakta ve sağlık eğitimi vermektedir. Tıbbi bölümde çocuk sağlığı, gençlik sağlığı, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, doğum gibi kısımlar vardır. Sağlık hücreleri, dispanserler ve poliklinikler, dispanser çalışanları, sendika, fabrika ve hükümet temsilcilerinden oluşan Sosyal Yardım Konseyleri'ne bağlıdır.

*Selmashstroy Tarım Makineleri Fabrikası*

Kuzey Kafkasya'da 425 bin nüfuslu bir şehir olan Rostovon - Don'daki Selmashstroy Tarım Makineleri Fabrikası, her birinde bin kadar işçinin çalıştığı 18 işlikten oluşmaktadır. Fabrikada, fabrikanın genel sağlık hizmetlerinden sorumlu bir hekim ve ayrıca her atölyede bir hekim görev yapmaktadır.

İşe girişte hijyen bürosunda işçilere işe giriş muayenesi ve koruyucu

[36] Fabrika Sağlık İstasyonu (Zdravpunkt): Bir hekim veya hemşirenin görevli olduğu, bölge hastanesi veya işçi sağlığı birimine bağlı çalışan en küçük birimdir. SSCB'de 1956 yılında hekimlerin görev yaptığı 6.435, feldsherlerin görev yaptığı 13.564 fabrika sağlık istasyonu bulunmaktadır.

aşılar yapılır. Daha sonra 3 - 4 ayda bir periyodik muayeneler yapılır. İşçiler bu muayenelerin sonucunda kendilerine uyan işlere yerleştirilirler. Fabrikada hastalara tıbbi bakım yapılmamakta, hastalar gerektiğinde dispanserlere veya hastanelere sevk edilmektedir.

Atölye hekiminin görevleri şunlardır:

• Acil durumlarda ilk yardım

• Genel hijyenik izlem

• Fabrikadaki işçilerin tıbbi tedavilerinden sorumlu dispanser hekimlerinden rapor almak

• İşe gelmeyen hasta işçilerin listesini işçi yöneticisine vermek

• Evde istirahat eden işçilerin İşlek Komitesi'nden bir işçi tarafından ziyaret edilmesini örgütlemek

• Hastalıkları günlük olarak listelemek

• Mutfağa diyet uygulanan işçileri ve uygulanacak diyetleri bildirmek

• İşçilere hijyen eğitimi vermek.

*Harkov Üçüncü Emek Polikliniği*

Poliklinik, kentin 90 bin nüfuslu bir sanayi bölgesine hizmet vermekte olup, 214 hekim görev yapmaktadır. Bir merkez bina ve 4 pavyondan oluşan poliklinikte, bir gündüz sanatoryumu ve anaokulu olan tüberküloz dispanseri, zührevi hastalıklar dispanseri, beslenme dispanseri, beslenme salonu, süt mutfağı ve eczane bulunmaktadır. Pavyonlarda 90 klinik ve 60 fizyoterapi yatağı yer alır.

Merkez bina dört katlı olup:

• Birinci katta idari departmanlar, Yerel Komite bürosu, çalışan yemekhanesi ve röntgen servisi bulunur.

• İkinci katta resepsiyon, muayene odası, hekim odası, cerrahi, üroloji, ortopedi klinikleri ve hastalar için konsültasyon servisi; dört yaş altı çocuklar için bir dispanser ve laboratuarlar vardır.

• Üçüncü katta kadın danışma bürosu, dahiliye, elektro ve fototerapi odaları, nöropsikiyatri kliniği, beden eğitimi danışma bürosu, jimnastik salonu, tehlikeli işlerde çalışan işçilerin gözetimi departmanı bulunur.

• Dördüncü katta çocuk danışma bürosu, göz, kulak-burun-boğaz, diş klinikleri, boğaz hastalıkları için inhalatoryum ve hijyen danışma bürosu

vardır.

Binanın ayrı bir kanadı hidroterapi, çamur banyosu ve diğer tıbbi banyolara ayrılmıştır. Son olarak bir konferans salonu, sinema salonu, okuma odası ve kütüphanesi olan sağlık propagandası ve eğitimi departmanı bulunur.

*Meslek Hastalıkları Enstitüleri*

1922 yılında ilk Meslek Hastalıkları Kliniği açılmıştır. 1921 yılında Moskova Hijyen Enstitüsü (Erisman Enstitüsü) ve 1923 yılında -daha sonra İş Hijyeni ve Meslek Hastalıkları adını alacak olan- Obukh Meslek Hastalıkları Araştırma Enstitüsü[37] kurulmuştur. Enstitü üç bölümden oluşmaktadır:

- Cerrahi, nöroloji ve ergen sağlığı bölümleri de bulunan bir sağlık departmanı
- Hijyen departmanı
- Deney departmanı

Enstitü hastanesi 155 yataklıdır. Ayrıca enstitünün, bir başka hastanede de mesleki deri hastalıkları için 20 yatağı bulunmaktadır. Belli sanayi dallarında çalışan işçilerin periyodik muayeneleri için de bir dispanseri vardır.

Sovyetler Birliği'nde 1924 yılında mesleki zehirlenmelerin bildirimi zorunlu kılınmıştır. Mesleki zehirlenme durumunda hastalar araştırma için Enstitülere sevk edilirken, Enstitülerden de ekipler olayı yerinde araştırmak için işyerlerine giderler.

Enstitülerin çalışmaları meslek hastalıklarının bütün yönlerini (etyoloji, proflaksi ve tedavi) kapsar. Enstitüler, Deneysel Tıp Enstitüleri ile işbirliği içinde çalışırlar ve kendi alanlarında uzmanlık eğitimi programları sunarlar. Ayrıca 10 günlük sürekli eğitim kursları da düzenlerler.

**1930 - 1940 Dönemi**

Sovyetler Birliği ismi Sovyet (şura) örgütlenmesinden gelmektedir. Sovyet, işyeri temelli bir meclis ve işçiler ve emekçilerin kendi kendi-

[37] 1935 yılında Sovyetler Birliği'ndeki meslek hastalıkları enstitülerinin sayısı 25'e ulaşmıştır.

lerini yönetme organıdır. 1930'lu yıllarda SSCB'de 70 bin kadar köy sovyeti (selosoviet) ve bin kadar şehir sovyeti bulunmaktadır. 1931 yılında yayınlanan bir kararname ile köy sovyetlerine sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında önemli görevler verilmiştir.

Sağlık alanında verilen görevler şunlardır:

- Selosovyet bütçesinden karşılanan hastane ve koruyucu hizmet birimlerinin gözetimi
- Sanitasyon teftişi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele için gerekli bütün tedbirleri almak
- Kişisel hijyen bilgisinin yaygınlaşması ve beden eğitiminin geliştirilmesi
- Akıl sağlığı yerinde olmayan insanlar için koruyucu atanması

Sosyal güvenlik alanında verilen görevler şunlardır:

- Sigortalıların kaydını tutmak ve yardımları dağıtmak
- İş göremez "artelleri" (kooperatifleri) oluşturur
- Kızıl Ordu iş göremezleri, İç Savaş gazileri ve kulaklar[38] ve karşı-devrimcilerden zarar görmüş iş göremezlere özel bakım sağlar ve bunları kolektif çiftliklere yerleştirir
- Karşılıklı yardım cemiyetlerinin etkinliklerini gözetir
- Görme, işitme ve zihinsel engellilere koruyucular atar.

*Sosyal Güvenlik*

1933 yılında sosyal güvenlik alanında önemli bir reforma gidilmiştir. 28 Haziran 1933 tarihinde SSCB Çalışma Bakanlığı kaldırılarak, Bakanlığın işlevleri (sigorta dahil) işçi sendikalarına devredilmiştir. Böylece sosyal sigorta üzerinde işçilerin tam kontrolü sağlanmıştır. Bu uygulama tamamen Sovyetler Birliği'ne özgü olup, hiçbir kapitalist ülke tarafından benimsenmemiştir. Sağlık Bakanlığı işçilere eskisi gibi sağlık hizmeti sunmaya devam ermiştir, fakat artık bu hizmetlerin finansmanı işçilerin kontrolündeki sigorta fonu tarafından yapıldığından, işçiler Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetleri üzerine de kontrol kazanmışlardır. Sovyetler Birliği sağlık hizmetlerine katılım düzeyi bakımın-

[38] Büyük toprak sahipleri

dan da benzersizdir.

Böylece Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetlerinin maliyeti, doğrudan doğruya üretim maliyetinin bir parçası haline gelmiştir. Dahası Sovyet sigorta sistemi, Sovyetler Birliği'nde

yalnızca kapitalist ülkelerdeki gibi talihsiz olaylarda işçiye destek olacak bir sosyal dayanışma fonu değil, aynı zamanda işçilerin yaşam ve çalışma koşullarını iyileştirme aracı haline gelmiştir.

1930'lu yıllarda gelişmiş kapitalist ülkelerde işçi sağlığı hizmetleri, ülkeler arasında az çok farklılıklar göstermekle birlikte, ülkelerin "genel" sağlık örgütlenmelerinin dışında, ayrı tutulmuştur. Çoğu kez fabrikalarda bir revirde görevlendirilen hekim(ler) aracılığıyla sunulan tıbbi hizmetlerle yetinilmiş, bazı ülkelerde sigorta fonları kendi sağlık örgütlerini (işyeri hekimlikleri, sigorta istasyonları, sigorta hastaneleri vb) kurmuşlardır. Yine bu alanın düzenlenmesi genellikle Çalışma Bakanlıklarının görev alanı içinde düşünülmüştür. Sovyetler Birliği'nde ise işçi sağlığı, başından itibaren "genel" sağlık hizmetleri içinde değerlendirilmiş ve doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında sayılmıştır.

*İşçi Sağlığı*

Sovyetler Birliği'nde 1930'lu yıllarda birinci basamak[39] sağlık kurumları olarak farklı isimler altında kurulmuş (dispanser, poliklinik, ambulatoryum, preventoryum, profilaktoryum[40]) sağlık merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezler bir hastaneye bağlı olarak hizmet sunabildikleri gibi (örneğin hastane içindeki poliklinik), hastane dışında ayrı merkezler olarak da hizmet sunabilirler.

Sağlık merkezleri bir sanayi tesisine bağlı ise, yalnızca bu tesiste çalışan işçiler ve ailelerine hizmet sunar. Sanayi tesislerine bağlı olmayan, mahalle ve semtlerde kurulmuş sağlık merkezleri, bulundukları bölgede ikamet edenlere hizmet sunarlar. Şehirlerde her bölgenin kendisine ait bir sağlık merkezi olduğu gibi, bütün büyük kuruluşlarda da bir sağlık

[39] İnsanların sağlık örgütüyle ilk temas noktaları. Bu kurumlarda genel olarak ayaktan tedavi hizmetleri ve bireylere ve çevreye yönelik koruyucu, önleyici hizmetler sunulur.

[40] Profilaktoryumlar önleyici ve iyileştirici tıbbi hizmetlerin birlikte sunulduğu sağlık merkezleridir.

merkezi bulunur.

Sağlık merkezleri hizmet sunduğu insanların sağlığından sorumludur. Bütün Sovyet yurttaşları bir sağlık merkezine kaydolmak zorundadır. Yurttaşların hizmet alacakları sağlık merkezini seçmelerinde kıstas işleridir. Kendi sağlık merkezi bulunan bir kuruluşta çalışan bir işçi bu merkeze kaydolmak zorunda iken, sağlık merkezi bulunmayan işyerlerinde çalışanlar bölgelerde kurulmuş sağlık merkezlerine kaydolurlar.

Yasaya göre 250'den fazla işçi çalıştıran kuruluşlarda sağlık merkezi açılmak zorunluluğu vardır. Ancak aynı bölgede birbirlerine yakın birden fazla bu tür büyük kuruluş varsa, hepsinin ortaklaşa yararlanacakları bir merkez açılır ve kuruluşlarda yalnızca rutin çalışmaları ve acil hizmetleri sunacak küçük tıbbi birimler açılır.

35 – 49 işçi çalışan deniz araçlarında bir hekim yardımcısı (feldsher[41]), 50 veya daha fazla işçi çalışan deniz araçlarında bir hekim görevlendirilmesi zorunludur. Uzun yol gemilerinde ise işçi sayısına bakılmaksızın hekim bulundurma zorunluluğu vardır. Yine deniz araçlarında belirli sürelerde görevlendirilen diş hekimleri, işçilerin rutin ağız bakımlarını ve tedavilerini yaparlar.

*Stalin Otomobil Fabrikası*

1935 yılında 30 bin işçinin çalıştığı Moskova'daki Stalin Otomobil Fabrikası'nda herbiri ayda iki kez baş cerrah tarfından denetlenen 15 ilk yardım istasyonu bulunmaktadır. Fabrikada ayrıca 6 ambulatoryum hizmet sunmaktadır. Ambulatoryumlarda,

- Bütün büyük branşlarda uzman hekimler
- Kadın danışma merkezi

[41] Feldsher terimi 15. yüzyıl Almanya'sında orduda görev yapan berber cerrahlardan köken almaktadır. Günümüzde Birleşik Devletler'deki hekim yardımcısı veya pratisyen hemşire kategorisine karşılık gelen bir sağlık emekçisi kategorisine karşılık gelir. Bir hekim gözetiminde hekimlik işlevlerinin çoğunu üstlenir. Tarihte Avrupa ülkelerinde hekim açığını tamamlamak için kullanılmıştır. Teknik olarak hemşire ile hekim arasında bir kategoridir. Genel tıp, hijyen ve laboratuar feldsherleri vardır. Ebe feldsherler, gebe evlerinde görev alırlar. Feldsher eğitimi yarım zamanlı (3yıl 10 ay) veya tam zamanlı (2,5 yıl) alınabilir. Feldsherler tek başlarına (hekim gözetimi olmadan) ilk yardım uygulamaya ve basit sağlık sorunlarıyla ilgilenmeye yetkilidirler.

• Çocuk danışma merkezi bulunmaktadır.

Fabrikada bulunan Merkez Dispanser, fabrikanın bütün sağlık hizmetlerini koordine etmek ve denetlemekle yükümlüdür. İlk yardım birimleri ve ambulatoryumlardan karmaşık vakaların sevk edildiği dispanserlerde baş dahiliyeci, baş cerrah ve baş oftalmolog görev yapar.

Fabrikada toplam 112 hekim ve 18 diş hekimi ile çok sayıda hemşire ve teknisyen görev yapmaktadır. Hekimlerin çoğu fabrikanın sanitasyon koşullarının gözetiminden sorumluyken, bir kısmı da mutfakta görevlendirilmiştir. Hekimler her gün atölyeleri dolaşarak çalışma koşullarını kontrol ederler. Durumlarını iyi görmedikleri işçileri muayene olmaya davet ederler.

Fabrikaya giren bütün işçilere işe giriş muayenesi yapılır ve kayıtları dosyalarında saklanır. Bu muayene sırasında özel tıbbi gözetim gerektiren işçiler belirlenir ve bunlarla özel olarak ilgilenilir. Fabrika 3 vardiya çalıştığından, tıbbi birimler de vardiyalı çalışır.

Fabrikanın kendisine ait bir hastanesi yoktur, fakat çevredeki üç hastanede bazı koğuşlar bu fabrika için ayrılmıştır -şehir hastanesinde (dahiliye ve cerrahi yatakları), Clara Zetkin Doğumevi'nde ve Çocuk Hastanesi'nde toplam 200 yatak.

*Krasnoe Znamya Tekstil Fabrikası*

Leningrad'da Krasnoe Znamya Tekstil Fabrikası'nda 1935 yılında 16 bin işçi çalışmaktadır. Fabrika çoğunlukla kadınların çalıştığı ve tehlike grubu Moskova'daki otomobil fabrikasınınkinden daha düşük bir fabrikadır. Fabrikada üç ilk yardım istasyonu ve bir dispanser olup, toplam 27 hekim görev yapmaktadır. Günde ortalama 400 poliklinik yapılan fabrika dispanseri jinekoloji ve pediatri hizmetleri bakımından zenginleştirilmiştir.

*Ordzhonikidze Alet Fabrikası*

Moskova'da Ordzhonikidze Alet Fabrikası 1933 yılında açılmış ve 1936 yılında bini kadın 4 bin işçi istihdam etmiştir. Fabrika yanında bir hastane bulunduğundan, sağlık hizmetlerinin bir kısmı bu hastaneden sağlanmış-

tır. Fabrika içinde bir dahiliyeci, bir cerrah, bir jinekolog ve birkaç pratisyen hekimin görev yaptığı küçük bir poliklinik vardır. Bu poliklinikte işe giriş muayeneleri ve yılda iki kez periyodik muayeneler yapılmaktadır.

*Diğer Örnekler*

Kazan yakınlarında bir film fabrikasında 1936 yılında 6.800 işçi çalışmaktadır. Fabrikada 140 bebek kapasiteli bir kreş ve 1 – 5 yaş grubunda 250 çocuk kapasiteli bir anaokulu ve 5 – 6 yaş grubunda 160 çocuk kapasiteli bir okul öncesi sınıf bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri tesis yakınındaki 12 konsültasyon odası bulunan bir ambulatoryumdan sağlanmaktadır.

Volodski profilaktoryumu 10 bin kişiye hizmet sunan, hastane, biri erişkinler diğeri çocuklar için olmak üzere iki gece sanatoryumundan[42] oluşan bir tıbbi komplekstir.

*İş Güvenliği*

Emekçilerin korunması için alınacak tedbirlerin belirlenmesi, zahmetli ve uzun araştırmalar gerektirir. Batı dünyasında bu tür araştırmalar daha çok tedavi hizmetleri alanında yoğunlaşmıştır. Sermaye için bir kazanç vaat etmeyen iş güvenliği alanında yürütülecek çalışmalar için sermayeden destek bulmak oldukça güçtür.

Sovyetler Birliği'nde 1930'lu yıllarda emekçilerin iş güvenliği için araştırmalara yoğunluk verilmiştir. 1935 yılında ülkede mevcut 40 bilimsel araştırma enstitüsü sendikalar tarafından yönetilmekte ve finanse edilmektedir. İşçiler için güvenlik araçları geliştirmek bu enstitülerin ana amaçlarındandır. Çeşitli enstitülerin çalışmalarına ilişkin sonuçlar Sendikalar Konseyi Bilim Bürosu'nda toplanır ve gerekli değerlendirmelerden sonra uygulamaya konur.

Sendikalar yanında emekçilerin iş güvenliğiyle ilgilenen diğer bir ku-

---

[42] Gece sanatoryumu Sovyetler Birliği'ne özgü bir sağlık kurumudur. Hastaneye yatacak kadar hasta olmayan fakat tıbbi gözetim gerektiren hastalar kabul edilir. Gündüz işyerinde çalışan işçiler, geceleyin bu sanatoryumlarda tedavilerini sürdürürler. Burada ev ortamında veya dışarıda sağlanması güç olan özel diyetler sunulur. Vakaya göre hidroterapi, masaj gibi uygulamalardan da yararlanılır. Gece sanatoryumları hastaların uzun süre hastanede yatmak istemedikleri psöriasis (sedef hastalığı) gibi hastalıkların tedavisinde çok kullanılır.

rum Ağır Sanayi Bakanlığı'na bağlı olan Güvenlik Teknolojisi (Tekhnika Bezopasnosti) bölümüdür. Bölüm yalnız 1935 yılında 180 farklı güvenlik aracı geliştirmiştir.

Şüphesiz Enstitüler ve Güvenlik Teknolojisi çalışmalarında tıbbi kuruluşlarla yakın bir işbirliği içindedir. Bilim insanları, mühendisler ve hijyenistler çalışma yaşamı üzerine etkili fiziksel ve kimyasal faktörler üzerinde yoğunlaşırken, ülkenin 25 Tıp Enstitüsü de meslek hastalıkları ve emeğin korunmasının tıbbi yönleri üzerine çalışmalar yürütmektedir.

Leningrad Çalışma Hijyeni Enstitüsü'nde 140'ı bilim insanı olmak üzere 280 görevli bulunmaktadır. Ayrıca Kharkov, Kiev ve Smolensk'te benzer enstitüler vardır. Bu enstitülerin

gayretkeş teknik ve tıbbi çalışmalarıyla sanayinin sağlığı tehdit eden olumsuzlukları büyük ölçüde giderilebilmektedir.

16 Kasım 1935 tarihinde yayınlanan bir kararname ile sanayi kuruluşlarının devletin ve sendikaların müfettişleri tarafından iş güvenliği yönünden düzenli olarak denetlenmesi zorunlu kılınmıştır. Buna göre kurşun ve cıva sanayilerinin her 4 ayda ve diğer kimya sanayisinin her 6 ayda bir denetimi yapılmaktadır. Bunun yanında bu sanayi dallarında çalışan işçilerin mesai saatleri kısaltılmış ve yıllık izin süreleri arttırılmıştır.

### 1950 Sonrası

Sovyetler Birliği İkinci Paylaşım Savaşı'nda en büyük zararı gören ülkelerden biridir. Ülkenin önemli bir bölümü uzun yıllar işgal altında kalmış, harabeye dönmüş ve genç nüfusunun önemli bir kısmını yitirmiştir. 1945 sonrası uzun bir onarım dönemi yaşayan SSCB'de işçi sağlığı alanında 1930 - 1940 döneminde ulaşılan yere, savaş sonrasında ancak 1950'lerde yeniden ulaşılabilmiştir.

1960'larda sosyalist işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı ile kapitalist işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı arasındaki fark iyice belirginleşmiştir. 1959 yılında Uluslararası Çalışma Konferansı işçi sağlığı hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır:

> İşyerinde veya işyeri yakınında şu amaçlarla oluşturulan bir hizmettir:

a. İşçileri işlerinden veya işlerin yapıldığı koşullardan kaynaklanabilecek tehlikelere karşı korumak
b. İşçilerin fiziksel ve ruhsal uyumuna, özellikle işin işçilere göre düzenlenmesi ve işçiye uygun iş verilmesine katkıda bulunmak
c. İşçilerin olanaklı en yüksek derecede fiziksel ve ruhsal iyiliğinin oluşturulmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunmak.

Ancak Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda işyeri hekimleri, genel pratisyenlerin işlevini yerine getirmektedir ve asıl görevleri hasta işçileri tedavi etmektir. Oysa daha önce de belirtildiği gibi Sovyetler Birliği'nde koruyucu, önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetleri, Sovyetler Birliği'nin kuruluş yıllarından itibaren bütünleştirilmiştir.

1960'lı yıllarda Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığı hizmetlerinin ilkeleri şöyle sıralanabilir:

1. İşçi sağlığı hizmetleri bireyle birlikte bireyin çevresine yöneliktir.
2. Bireye hem sağlıklı iken hem de hasta iken sağlık bakımı sağlanır.
3. Sağlık bakımı işçilere, özellikle ağır işlerde çalışanlara öncelikli olarak sağlanır.
4. Çocuklara ve gençlere özel önem verilir.
5. Önleyiciliğe vurgu yapılır.
6. Hizmetler devlet tarafından ücretsiz sağlanır.

İşçi sağlığı hizmetlerinin "bireye ve aynı zamanda çevresine" yönelik örgütlenmesinin nedeni, Sovyetler Birliği'nde egemen olan toplumcu tıp ve sağlık anlayışıdır. Bu anlayışa göre bireyin sağlığı üzerine etkili faktörlerin başında bireyin yaşam ve çalışma koşulları gelmektedir. O halde bireyin yaşam ve çalışma koşullarına hitap etmeyen bir yaklaşım, tedavi edilen birey yine sağlığını bozan yaşam ve çalışma koşullarına geri gönderileceğinden, sağlık sorunları için tamamen palyatif bir "çözüm" olacaktır. Bu anlayış doğrultusunda hekim yalnızca işçilerin rutin muayenelerini yapmakla yetinmez, aynı zamanda çalışma ortamının sağlık ve güvenlik bakımından kontrolü çalışmalarına da aktif olarak katılır.

1950'lerde sağlık bakımında gerçekleştirilen reformlar (bütün sağlık kurumlarının birleştirilerek büyük sağlık komplekslerinde toplanması) işçi sağlığı hizmetlerinde de gerçekleştirilmiştir. 1960'larda Sağlık

Bakanlığı'na bağlı 12 Sanayi Hijyeni ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü bulunmaktadır. Bütün sanayi tesislerinin bir hastane, bir ayaktan tedavi departmanı ve fabrikaların çeşitli işliklerindeki bir dizi ilk yardım istasyonundan ve kreşlerden oluşan sağlık birimleri vardır ve hastane başhekimi tarafından yönetilirler. Küçük işyerleri rayon veya bölge hastanelerinden yararlanırlar.

İşçi sağlığı programı bütün büyük işyerleri ve fabrikalarda bulunan mediko-saniter birimde yürütülmektedir. Kırsal alanda kolektif çiftliklerde de benzer işçi sağlığı hizmetleri bulunmaktadır. Mediko-saniter birim genellikle uzman servislerin bulunduğu bir poliklinik, büyük işliklerde hemşire ve hekimlerin görev aldıkları ayaktan bakım üniteleri ve laboratuarlardan oluşur. Eğer yerel hastane yeterli değilse, büyük fabrikalar için özel hastaneler kurulur. Mediko-saniter birimin çalışmaları hastane tedavisi, ilk yardım, ev ziyaretleri ve işliklerin denetimini kapsar. Bütün hastalık ve kazaların raporları tutulur. Bu birimler sendika ve sosyal çalışmacılarla yakın işbirliği içinde çalışırlar.

Mediko-saniter birimlerin koruyucu işlevleri şunlardır:

- Departmandaki bütün uzmanlar tarafından yapılan periyodik fizik muayeneler (10 bin işçinin çalıştığı bir sanayi tesisinde 62 hijyen hekimi ve 161 hemşire görevlidir.)
- İş güvenliği komiteleri (sendikaların aktif katılım ve desteğinde)

Sağlık eğitimi

- İlk yardım (her 1200-1500 işçiden 20-30 gönüllü ilk yardım eğitimi alır.)
- Fizyoterapi ve fizik tedavi
- Profilaktoryumlarda (gece ve gündüz sanatoryumları) özel tıbbi gözetim gerektiren işçilere gözetim

**Kaynaklar**

**Akalın, M.A. (2010).** *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama Yayınları

**Engels, F. (1973 [1845]).** *The Condition of the Working Class in England in 1844.* Moscow: Progress Publishers. (Sol Yayınları tarafından Türkçe yayınlanmıştır).

**Glass, R.I. (1976).** *The SANEPİD Service in the USSR.* Public Health Reports, 91(2): 154-158.

**Haines, A.J. (1928).** *Dr. N.A. Semaşko The Commissar of Health. Health Work in Russia.* Marxist Internet Archive. (Erişim: 20 Mayıs 2010).

**Izmerov, N.F. (1973).** *Control of Air Pollution in the USSR.* World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).

**Letavet, A. (1944).** *Medical Service in Industry in the U.S.S.R.* British Journal of Industrial Medicine, 1: 123-124.

**Malan, R.M. (1963).** *Occupational Health in Eastern Europe.* British Journal of Industrial Medicine, 20: 154-164.

**Marx, K. ve Engels, F. (1848[1987]).** *Manifesto of the Communist Party.* Chicago : C.H. Kerr Pub. Co. (Sol Yayınları tarafından Türkçe yayınlanmıştır).

**Newsholme, A. ve Kingsbury J.A. (1933).** *Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia.* Marxist Internet Archive. (Erişim: 2 Mayıs 2010).

**Parran, T. (1958).** *Public Health inside the USSR.* American Journal of Public Health. 48(5): 610-614.

**Semaşko, N.A. (1923).** *The Work of The Public Health Authorities in Soviet Russia.* The Communist Review, 4 (2). Marxist Internet Archive. (Erişim: 2 Mayıs 2010).

**Semashko, N.A. (1927).** *The Public Health System of the Soviet Russia.* (Die Gesundheits-verhaltnisse in Sowjet-Russland. Deutsche med. Wohnschr., Leipz. u. Berl., 1927, xlvii.). Gregg 1927 içinde sayfa: 219-284.

**Sigerist, H.E. (1937).** *Socialized Medicine in the Soviet Union.*

London: Victor Gollancz Ltd.
**Webb, S. ve Webb, B. (1935).** *Soviet Communism: A New Civilization. Vol. 1-2.* London: Longmans.
**WHO. (1960).** *Health Services in the USSR.* World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

*Okuma 1. Andrea M. Hricko'nun Sunumu*[43]

1975 yılında bir grup Amerikalı işçi sağlığı uzmanı ve emekçisi ile birlikte Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden halk sağlıkçı Andrea M. Hricko, Sovyet yetkililerle yaptığı görüşmelerden ve yayınlardan derlediği bilgileri, 19 Kasım 1975 tarihinde Amerikan Halk Sağlığı Birliği Kongresi'nde, Sosyalist Ülkelerde İşçi Sağlığı Oturumu'nda "Sovyetler Birliği'nde İşçi Sağlığı" başlığı ile sunmuştur. Bir bilim kadını olarak SSCB'de kadınların durumuna vurgular dikkat çekicidir.

*Önleyici Hekimlik*

Hricko'ya göre Sovyet işçi sağlığı sisteminin en çarpıcı iki özelliği, önleyici tıbba ve işçi sağlığı ve güvenliği konularında sendikaların içten katılımına vurgudur. Sovyetler Birliği'nde sağlık bakımı bütün insanlar için temel bir haktır. Sağlığa vurgu, Sovyet 5 Yıllık Planları'nın kilit unsurları olan üretkenlik ve ekonomik kalkınmayla uyum içindedir.

Sovyet sisteminin sağlığa vurgusu kendisini, Sovyetler Birliği'nde hekim sayısının ABD'dekinin iki katı olması[44], kadın hekim sayısının ABD'dekinin altı katı olması ve hasta yatağı sayısının ABD'dekinden 3 kat fazla olmasıyla göstermektedir. Çok sayıda Sovyet hekim önleyici tıp ve çevre sağlığı alanında görevlidir.

Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığı hizmetleri devlet, sanayi kuruluşları ve sendikalar tarafından bütüncül olarak yürütülmektedir. Bütün büyük kuruluşların polikliniği olup, bazılarının hastaneleri vardır. Daha küçük kuruluşlarda sağlık istasyonları bulunmaktadır. Hricko Leningrad'da, optik donanım üreten altı atölyenin emekçilerine hizmet eden bir 350 yataklı olan ve 100 hekimin görev yaptığı hastaneyi ziyaret etmiştir. Başhekim hastanenin asıl işlevinin,

[43] http://cdn.calisphere.org/data/28722/28/bk0003t0628/files/bk0003t0628-FID1.pdf
[44] Makalenin yayınlandığı dönemde SSCB nüfusu ABD nüfusundan % 18 kadar daha fazladır.

hizmet sundukları 20 bin emekçinin hastalanmalarını önlemek olduğunu belirtmiştir. Yani bu hastane, sermayenin egemen olduğu ülkelerde olduğu gibi emekçilerin hastalandıklarında başvurdukları bir hastane değil, emekçilere hasta değillerken yıllık sağlık muayeneleri yapan bir "hastane"dir. Ayrıca belli tıbbi sorunları olan veya belli tehlikeli maddelere maruz kalan emekçilere sıkı bir tıbbi gözetim uygulanmaktadır.

İşlikler, hekimler tarafından, tehlikeler bakımından teftiş edilmektedir. Ayrıca her ay atölyelerden hava örnekleri alınmakta, standartlara uyulmadığı tespit edildiği takdirde tehlikenin kontrolü için SANEPİD[45] (sanitasyon-epidemiyoloji) istasyonları çağrılmaktadır. SANEPİD istasyonlar tarafından uygulanan işçi sağlığı standartları, çeşitli araştırma ve sanayi hijyeni enstitülerinin araştırmalarına dayanmaktadır. Moskova'daki Tıp Bilimler Enstitüsü'ne bağlı Sanayi Hijyeni ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü, 275 bilim insanının görev aldığı ana araştırma kurumudur. Bu kurum tarafından tespit edilen standartlar, Sendikalar Konseyi'nin onayı ile Makul Azami Konsantrasyon'lar (MAK)[46] olarak belirlenmektedir.

Sovyet standartları, ABD'de kullanılan standartlardan genelde daha katıdır. Bunun nedeni Sovyet toksikologların, ABD'de standartlar belirlenirken sıklıkla ihmal edilen davranışsal, nörotoksik ve mutajen etkileri hesaba katmalarıdır. Ayrıca SSCB'de çevre ve işçi sağlığı standartları genelde mevcut teknoloji ve ekonomik fizibilite dikkate alınmaksızın, yalnızca sağlık etkileri temelinde belirlenmektedir. Bu durum ABD'deki standart belirleme politikalarıyla taban tabana zıttır[47].

[45] SANEPİD istasyonları Sovyet çevre sağlığı sisteminin belkemiğidir. 1975 yılında Sovyetler Birliği'nde 5.500 kadar SANEPİD istasyonu görev yapmaktadır.

[46] Makul Azami Konsantrasyon (MAK), atmosfer kirleticilerin günde 8 saat maruz kalmak suretiyle emekçilerin sağlıklarına zararlı etkisi olmadığı kabul edilen en yüksek konsantrasyonudur (Maximum Allowable Concentration).

[47] Yazar, gezileri sırasında yalnızca birkaç fabrikayı ziyaret edebildiklerinden, Sovyet standartlarının uygulandığı izlem aygıtlarının kalitesi ve varlığını ilk elden

Moskova dışında gezdikleri bir halı fabrikasında yönetim, fabrikalarında esas işçi sağlığı sorununun gürültü olduğunu ifade etmiştir. Kontrol için çeşitli teknikler (duvara ve tavana emici tuğlalar döşenmesi gibi) kullanılarak gürültü azaltılmaktadır. Tura katılan üyelerden biri fabrikada gürültü düzeyinin alt 80 dBA'lerde olduğunu ölçümle doğrulamıştır.

Fabrikalarda hamile kadınlar için özgün istihdam politikaları bulunmaktadır. Kadın işçinin hamileliği tespit edilir edilmez, fabrikanın toksik maddelere maruz kalmayacağı daha güvenli bölümlerine nakli yapılmaktadır. Dahası doğumdan sonra bir yıl ücretsiz izin alabilmekte, daha sonra eski işine kıdem ve emeklilik haklarında bir kayıp olmadan dönebilmektedir. ABD'de kadınların çoğu doğmamış bebekleri için iş güvencelerini riske atmak zorunda kalmaktadırlar.

Sovyetler Birliği'nde kadınların belli işlerde (örneğin kömür ocakları, metal döküm işleri) ve belli kimyasal maddelerle (örneğin kurşun, benzen, krom, nikel, zifir) çalışmaları yasaktır. Erkekler emekçiler de, erkek gonadlara etkili olduğu bulunan kloropren, etilen oksit ve dimetil dioksit gibi kimyasalların kullanıldığı işlerde çalıştırılmamaktadır.

*Sendikaların Rolü*

Sendikalar bütün işçi sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve kontrolünde ve çalışma yasalarının uygulanmasında, bünyelerinde barındırdıkları 5.500 müfettişle[48] önemli bir rol oynamaktadır. Devletin de ayrıca 20 bin sağlık ve güvenlik müfettişi bulunmaktadır. Sendika teknik müfettişlerinin tehlikeli çalışma koşullarının iyileştirilmesini isteme yetkisi vardır. Tehlike ortadan kaldırılmazsa işyerini kapatabilirler. İhlallerin devamı halinde yöneticiler cezalandırılabilir veya işten çıkartılabilir.

---

gözleyemediklerini belirtmektedir.

[48] Bu müfettişler maaşlarını sendikalardan almaktadır.

İşyerlerinde işyerinin büyüklüğüne göre 7 - 17 üyeden oluşan emek koruma komiteleri vardır. Bu yerel komiteler işyerindeki makine koruyucularını, havalandırmayı, iş-günü ihlallerini vs. denetleyen (ABD'deki işyeri sendika temsilcisininkine benzer işlevleri olan) bir müfettiş seçerler.

Devletin işçi sağlığı ve güvenliği araştırma enstitüleri yanında Sendikalar Konseyi tarafından yönetilen, her biri farklı bir sanayi veya sağlık sorununa odaklanmış altı emek koruma enstitüsü vardır. Amerikalı grubun Leningrad'da ziyaret ettiği bu enstitülerden birinde 10 laboratuar ve 300 çalışan bulunmaktadır. Laboratuarlardan bir kısmı akustik, klima, sanayi psikolojisi ve ışıklandırmayla ilgilidir. Solunum sistemleri laboratuarı yeni koruyucu araçları denemekte, gürültü laboratuarında pnömatik matkapların gürültü düzeyini azaltacak yöntemler geliştirilmektedir. Sendikalara emek korunmasında rehberlik eden Sendikalar Konseyi, hükümete enstitülerinin araştırmalarından edinilen bilgilere dayalı yeni sağlık ve güvenlik düzenlemeleri için öneriler sunmaktadır.

SSCB'deki 25 sendikanın hepsinin Emek Koruma Bölümü vardır. Bölümün işlevlerinden biri emekçileri işçi sağlığı ve güvenliği alanında eğitmektir. Örneğin 7.8 milyon üyesi bulunan Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası'nın Emek Koruma Bölümü, yeni emekçiler işe başlamadan önce bunlara eğitim verir ve her yıl 189 bin teknik müfettişi işyerlerini teftiş edebilmeleri için eğitir.

Sendikalar emekçilerin tazminat anlaşmazlıklarında da rol alırlar. Engelli işçiler, devletin sosyal sigorta fonundan emekli maaşı alırlar. Teknik müfettiş kazanın yönetimin kusurundan kaynaklandığına karar verirse, işçi tazminat talep edebilir. Son karar iş mahkemelerinde verilir.

*Sonuç*

Sovyet işçi sağlığı sistemi, ülkenin sağlık bakımı sistemiyle tamamen bütünleşmiştir. Devletin, sanayinin ve sendikaların rolleri birbirlerine yakından bağlıdır. Sendikaların işçi sağlığı ve güvenliği

konularında karar mekanizmaları üzerindeki etkisi ABD'dekinden önemli ölçüde daha büyüktür. Toksikolojik araştırmaların, toksik maddelerin davranışsal ve üreme üzerine etkileri üzerine çalışmalar gibi belli yönleri ABD'dekiler göre daha ileri görünmektedir. Sovyetler Birliği'nin belirlediği çevre standartları ABD'dekilere göre çok daha katıdır.

Sonuç olarak, işyerlerinde gözlem grubumuzun Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığına, işten daha fazla vurgu yapıldığına inanmamıza yol açmıştır. ABD'de durum bunun tam tersidir, fakat geçen birkaç yıldır bu değişmeye başlamıştır. İki haftalık gezimizde Sovyet toplumunda emekçilerin sağlık ve refahına büyük vurgu yapıldığını açıkça gördük.

*Okuma 2. Bir Sovyet Oto Tesisinde Sağlık Hizmetleri*[49]
Orta Rusya'nın Volga Bölgesi'ndeki Gorki Otomobil İşleri'nde atölye hekimi ile yönetim arasındaki karşılıklı anlayış ve iyi ilişkilerin çok önemli olduğu düşünülür. Tesisin tıbbi hizmetler başhekimi Dr. I. Grinvald bir röportajda şöyle demiştir: "Fabrika yönetiminin ve kamuoyunun dikkatini işçi sağlığının çeşitli boyutlarına çekmek için sistematik olarak gücümüzün yettiği her şeyi yapıyoruz".

Gorki işletmesi her ay 20.000 işçisinden hatalıkları ve atölyelerin hijyen koşullarına ilişkin bilgi toplar ve veriler tesisin bilgisayar merkezinde işlenir. Sonuçlar tesis yönetimine, sendika komitesine, kaza önleme bölümüne ve atölyeler ve hizmetler yönetimine gönderilir. Üç aylık ve yıllık üretim raporlarında hastalıklara bağlı işe gelmeme hızı önemli bir faktördür. Bu nedenle atölye yöneticileri işçiler arasındaki hastalık ve kaza dinamiklerine büyük önem vererek, bunları üretim gerçekleşmesi grafikleriyle yan yana koyarlar.

*Tıbbi Hizmetler*

Fabrika hekimleri modern bir tıbbi tesiste çalışırlar. Tesisin tıbbi hizmetleri günde 3.200 hastaya hizmet sunabilecek bir poliklinik, 250 yataklı bir hastane, bir radyoizotop tanı laboratuarı, günde 3.000 hastaya hizmet verebilecek donanımlı bir ayaktan fizyoterapi kliniği, bir diş polikliniği ve bir kadın danışma merkezinden oluşur. 24 saat hizmet sunan bir ilk yardım istasyonu ve travma bölümünde de fabrika hekimleri görevlidir. Bu tıbbi hizmetlerin hepsi işçiler için ücretsizdir.

Tesiste üretim hatlarının yapısına uygun olarak beş tedavi bölümü vardır. Her bölüm ilişkili bir mesleki sektör grubunu kapsar ve her biri özgül bir üretim süreciyle doğrudan ilgilidir. Bu, hekimin özgül üretim süreçleriyle ilişkili durumları tedavi etmesi anlamına

[49] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1616201/pdf/healthservrep00026-0038.pdf

gelir. Atölyenin tıbbi tugayları (terapist ve diğer uzmanlar dahil) benzer ilkelerle oluşturulmuştur.

Tesis mediklerinin (hekim yardımcısı) ve hekimlerinin amacı yalnızca hastaları iyileştirmek değil, aynı zamanda hastalıkları önlemektir. Grinvald "mesleki hastalıkları zamanında tanımlamak ve önlemek için çeşitli aşılar ve kitlesel tıbbi muayeneler (akciğer filmleri, jinekolojik muayeneler, diş muayeneleri vb) yapıyoruz" demiştir.

Atölyenin sağlık tesisleri mesleki hastalıkları önlemek için önleyici tedbirler almıştır. Mesleki tehlikelere maruz kalan işçiler öğle yemeği aralarında masajlar, termal banyolar, inhalasyon ve ultraviyole ışınlar gibi fizyoteröpatik tedaviler alırlar. Bu tedavilerin hipertansiyon vakalarının sık görüldüğü atölyelerde de yararlı olduğu görülmüştür. Bu tedbirlerin etkinliği bütün beklentilerin üzerindedir – bu atölyelerde hastalık insidansı geçen birkaç yılda üç kat azalmıştır.

Başhekime göre "tesiste yeni bir istihdam uygulaması başlatılmıştır". "Sağlık nedenleriyle mesleğini değiştirmek zorunda kalan bir işçi başka bir pozisyon seçmesi için tıp-kontrol komisyonuna davet edilir".

Sakatların rehabilitasyonu yönetimin desteğiyle örgütlenir. Hastanede bir bölüm kazalardan kaynaklı komplikasyonları olan hastaların rehabilitasyonu için ayrılmıştır. Bir atölyede hastalar için eğitim ve üretken emeği birleştiren bir sanayi rehabilitasyon bölümü inşa edilmektedir.

Tesis işçilerin tıbbi muayenelerine çok dikkat etmektedir. Geçen on yılda tıbbi muayene gören işçi sayısı hemen hemen ikiye katlanmıştır. Tesis daha önce görülen hastalık veya durumların yinelenmesini önlemek için yılda 20.000 ruble (23.300 ABD doları) ayırmaktadır. Dermatologlar ve venerologlar, merkez sanayi hijyeni laboratuarı görevlileriyle işbirliği içinde deri hastalıklarının önlenmesinde somut sonuçlar elde etmişlerdir.

*Emek (Çalışma) Koşulları*

Yönetim ve işçiler arasındaki yıllık toplu sözleşmelerin çeşitli hükümleri çalışma koşullarının iyileştirilmesi, sosyal sigorta sorunları ve barınmaya ayrılmıştır. Tesisin sendika komitesinin kadın konseyi sözleşmeye ek olarak, kadınlar için önerilmeyen işlerin bir listesini derlemiştir.

Normal çalışma koşullarının gözetimi tesisin merkez sanayi hijyeni laboratuarı tarafından denetlenir. Laboratuar, bütün atölyelerde kabul edilebilir çalışma koşullarını sürdürmek için gerekli tedbirleri belirleyen bir sanitasyon-hijyen el kitabı hazırlamıştır. Örneğin laboratuarın talebi üzerine atölyelerde etillenmiş benzin kullanımı yasaklanmıştır. Tesisin diğer bölümlerinde havalandırma ve ışıklandırma sistemleri yeniden yapılmıştır. Elektromanyetik alanların gerilimi azaltılmış ve gürültü düzeyini azaltmak için çok şey yapılmıştır.

Atölye yeniden yapılandırılması ve diğer iyileştirmeler için bütün yeni projeler, tesisin tıbbi hizmetlerinin bir parçası olan sanitasyon teftiş komisyonu tarafından değerlendirilir. Geçen yıl böyle 267 proje gözden geçirilmiştir. 40 proje sanitasyon şartlarını karşılamadığından reddedilmiştir. Örneğin bir metal kaplama atölyesi kapasitesini arttırmak için modernize edilirken atık donanımı değiştirilmemiştir. Komisyon renovasyonu, tasarımcılar donanımın atık kapasitesini 1,5 kat arttırana kadar durdurmuştur.

*Okuma 3. Çekoslovakya'da İşçi Sağlığı ve Güvenliği*

İşçi sağlığı alanında en köklü geleneği olan doğu Avrupa ülkesi Çekoslovakya'dır. Burada işçilere sağlık hizmetleri sunulmaya başlanması madenciliğin gelişimiyle bağlantılıdır. Onüçüncü yüzyıla uzanan "Jihlava Maden Yasası"[50] madenciler için ilk güvenlik düzenlemelerini içerir; yasada yaralı madenci için bir "yara-iyileştirici" yardımı sağlamanın işverenin yükümlülüğü olduğu belirtilir. Meslek hastalıklarına ilgi de oldukça gerilere uzanır. Onyedinci yüzyılın sonunda "*işçi sağlığının babası*" Bernardino Ramazzini Joachimsthal'da[51] madencilerin akciğerlerinde patolojik değişimler gözlemiştir ve De Morbis Artificum Diatriba'da[52] bunları madenlerdeki çalışma koşulları ile ilişkilendirmiştir.

On-sekizinci yüzyılın ikinci yarısında Bohemya ve Moravya'da birçok fabrika açılmış, sanayinin gelişmesi ve işçi sınıfının öneminin artmasıyla sanayi işçilerinin sağlığına büyük önem verilmiştir. Çekoslovakya'nın da bir parçası olduğu Avusturya-Macaristan İmparatorluğunda 1883 yılında fabrikaların tıbbi teftişi dahil, iş teftişini tanımlayan yasalar kabul edilmiş ve 1888 yılında sağlık sigortası yasası çıkartılmıştır. İlk işçi sigortası şirketleri bu dönemde kurulmuştur. Başlangıçta sunulan hizmetler esas olarak tıbbi hizmetlerdir, fakat bazı hekimler önleyici hizmetler de sunmuşlardır. Daha sonra Prag Üniversitesi'nde ilk işçi sağlığı profesörü olan Dr. J. Rambousek[53],

[50] Jihlava, bugün Orta-Güney Çek Cumhuriyeti'nde, Bohemya – Moravya yaylalarında, Jihlava nehri yanında bie şehirdir. 1240'dan itibaren gümüş madenleriyle ünlenen kentte 1260 yılında kabul edilen madencilik yasası daha sonra başka ülkelere örnek olmuştur.

[51] Bugün Jáchymov adıyla Çekoslovakya sınırları içinde kalan bir maden (gümüş madeni) kasabası.

[52] 1713 yılında Latince olarak yayınlanmıştır.

[53] Dr. J. Rambousek (1874 – 1917) fabrika hijyeni alanında Avrupa'nın önde gelen figürlerinden biridir. Gewerbliche Vergiftungen adlı kitabı 1913 yılında İngilizce'ye (Industrial Poisoning from Fumes, Gases, and Poisons of Manifacturing Processes) çevrilmiştir.

Pribram[54] madenlerinde sigorta şirketi hekimi olarak çalışmış ve Çekoslovakya'da yayınlanan ilk işçi sağlığı kitabını yazmıştır. İki paylaşım savaşı arasında (1918 – 1939) büyük fabrikalar, işçilerden gelen baskılar sonucu ya da kendiliklerinden kendi sağlık hizmetlerini kurmuşlardır.

Çekoslovakya'da işçi sağlığı, Profesör J. Teisinger[55] rehberliğinde 1931 yılında ayrı bir dal olarak gelişmeye başlamış, ilk işçi sağlığı merkezi Prag'da kurulmuştur. Merkez işçilerin muayenesi, meslek hastalıklarının tanısı, tedavisi ve izlemiyle görevlendirilmiştir. Kısa sürede hekimlerin esas olarak meslek hastalıklarının önlenmesi, tanısı ve tedavisiyle, sanayi hijyeni ve fizyolojisiyle uğraştığı diğer merkezler açılmıştır. İkinci Paylaşım Savaşı öncesi hizmetlerin yönetiminde ve tıbbi görevlilere verilen sorumluluklarda yapılan önemli değişiklikler sanayi sağlığı hizmetlerinde hatırı sayılır iyileşmelere yol açmıştır. Ancak en büyük değişiklikler İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında, 1945 ve 1952 yılında gerçekleşmiş ve bütün sistem Sovyet sanayi sağlığı kavramına uygun olarak yeniden örgütlenmiştir.

Çekoslovakya'da işyerleri, karşılaşılan mesleki tehlikelere ve ekonomik önemlerine göre üç gruba ayrılmıştır. İlk grup madenleri, dökümhaneleri, kimya fabrikalarını, elektrik istasyonlarını, petrol sanayisini, demiryollarını ve atom santrallerini kapsar. İkinci grupta ağır mühendislik tesisleri ve üçüncü grupta diğer sanayiler vardır. Bu gruplardan her birinde işçi sağlığı hizmet-

---

[54] Orta Bohemya'da bir şehir.

[55] 1902 yılında Prag'da doğmuştur. 1932 yılında Çekoslovakya'da ilk Meslek Hastalıkları Merkezi'ni kuran Teisinger, hekimlik yaşamını meslek hastalıkları ve sanayi toksikolojisine adamıştır. 1948 yılında İşçi Sağlığı Birliği'ni kuran Teisinger, hekimlerin yanında toksikolog, biyokimyacı, ergonomist, iş fizyoloğu ve diğer teknik mesleklerden uzmanlarla birlikte disiplinler-arası bir nitelikte olan İşçi Sağlığı isimli bir dergi yayınlamaya başlamıştır. 1952 yılında Sanayi Hijyeni ve Meslek Hastalıkları Enstitüsü'nü kuran Teisinger, 1970'lerde işçi sağlığına katkıları nedeniyle Amerika ve Avrupa'da birçok ödül kazanmıştır.

leri birinciden üçüncüye yasal gereklilikler hafifletilerek örgütlenir. Örneğin ilk grupta her 800 işçiye bir hekim gerekli iken, ikinci grupta 1200 ve üçüncü grupta 1600 kişiye bir hekim yeterli görülmektedir.

Çekoslovak işçi sağlığı hizmetleri şu birimlerden oluşmuştur:

**A.** İyileştirici Hizmetler:

1. Fabrika Sağlık İstasyonu: Bir hekim veya hemşirenin görevli olduğu, bölge hastanesi veya işçi sağlığı birimine bağlı çalışan en küçük birimdir.

2. Fabrika Ayaktan Hasta Bölümü (Ambulatoryum): işyeri hekimleri, hemşireler, diş hekimi, diş teknisyenleri, laborantlar ve genellikle dahiliye uzmanı, cerrah ve jinekologlardan oluşan bir ekibin görev aldığı polikliniklerdir.

3. Fabrika polikliniği:Büyük ambulatoryumlardır. Genellikle normal ambulatoryum ekibine ek olarak bir fizyoterapist, bir göz hekimi, bir KBB uzmanı, bir dermatolog, bir nörolog ve bir radyolog bulunur. Bazı poliklinikler fabrika hastaneleri içinde yer alırlar.

4. Fabrika hastaneleri: Bazı büyük tesislerin hastaneleri vardır ve bunlardan bir kısmı fabrika poliklinikleriyle yakın işbirliği içinde hizmet sunarken, bazıları doğrudan fabrika poliklinik hizmeti de sunarlar.

5. Gece sanatoryumu: Büyük tesislerde ayaktan bakım hizmetlerini desteklemek amacıyla, özellikle sağlıkları bozulmuş fakat hala çalışabilen işçilere hizmet sunarlar. İşçilere sanatoryumda kaldıkları sürede yakın tıbbi gözetim, tedavi ve diyet uygulanır.

6. Fabrika kreşleri: 3 ay – 3 yaş grubu çocuklara hizmet sunar. En az 20 çocuk bulunan yerlerde kurulur.

7. Fabrika Ulusal Sağlık Enstitüleri: Büyük tesislerde şimdiye kadar sayılan ilk altı birimin bileşiminden oluşan kurumlardır.

**B.** Önleyici ve Koruyucu Hizmetler:

1. İşçi Sağlığı Birimi:

- Ayaktan hasta bakımı

- İşçilerin işe giriş muayeneleri ile periyodik muayeneleri
- Sağlık gözetimi, sağlık için potansiyel tehlikelerin izlemi
- Yönetim ve sendikalarla birlikte işçilerin sağlığı ve ortam hijyeninin iyileştirilmesi amacıyla kapsamlı bir önlemler listesi hazırlamak

2. Bölge SANEPİD istasyonlarının Sanayi Hijyeni bölümü: Hekimler ve işçi sağlığı ile ilgili alanlarda uzmanlar (kimyagerler, biyologlar, sanitasyon teknisyenleri vb) görev alırlar. Bölgedeki sanayi hijyeni sorunlarını araştırmalarını sağlayacak laboratuarları vardır.

- Tehlikeli işlerin yapıldığı işyerlerinin listesini tutmak ve bunları yakından izlemek
- Meslek hastalıklarının kontrolünde diğer hizmetlerle işbirliği yapmak
- Bölge SANEPİD, Sanayi Hijyeni ve araştırmalarda görevli işyeri hekimleri için teknik rehberlik

3. Bölgesel Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün İşçi Sağlığı Bölümü: Bölge SANEPİD istasyonlarının Sanayi Hijyeni bölümünü destekler.

- Meslek hastalıklarının tanısı, kaydedilmesi, tedavisi ve kontrolü
- Çalışma kapasitesinin değerlendirilmesi
- Bölgedeki sağlık kurumlarına konsültasyon hizmetleri
- Epidemiyolojik araştırmalar

Yönetimler, sendikalar ve işçiler tıbbi hizmetlerin çalışmalarına yoğun olarak katılırlar. Bunların oluşturdukları ortak komitelerin ana kaygısı hastalıkların ve kazaların önlenmesidir. Sendikalar sosyal sigorta komiteleri yoluyla sağlık hizmetlerinin çalışmalarını izlerler; işçi sigortası temsilcileri hastanın iyi bir bakım aldığından ve tedavisine uyduğundan emin olmak için hasta işçilerle yakın ilişkidedirler.

*İşyeri Hekimi'nin İşlevleri*

Sanayi sağlığı hizmetlerinin kilit figürü işyeri hekimidir. Bölge sağlık ocağı hekimi gibi devlet görevlisi olup, işçilerin sağlığından ve hizmetlerin standardından sorumludur. Bir genel pratisyen ve bir sanayi hijyenistinin işlevlerini bir arada yürütür. Dahiliye, cerrahi ve hijyen konularına hakimdir ve dahiliye ve hijyen uzmanları ile iş kazaları için cerrahlarla birlikte çalışır. Görevleri üç ana grupta toplanabilir:

**1.** Önleyici ve Tıbbi:

a. Kazalarda, zehirlenmelerde ve akut hastalıklarda ilk yardım

b. İşçilerin işe uygun olup olmadığını belirlemek

c. Ayaktan hastaların tedavisi

d. İşçilerin çalışma kapasitelerini değerlendirmek, sakatlanmaların kaydını tutmak, yönetim ve sendikalarla işbirliği içinde iş için yetersizlik nedenlerini araştırmak, morbidite ve kaza hızlarını azaltmak için önlemler önermek

e. İşçilerin sağlığını tıbbi muayenelerle kontrol etmek (işçinin işe uygunluğunun da değerlendirildiği işe giriş muayeneleri dahil)

f. Tehlikeli işlerde çalışan işçilerin periyodik muayenelerini yapmak ve çalışma koşullarının işçilerin sağlığı üzerine etkilerini araştırmak

g. Düzenli olarak genç işçilerin, kadın işçilerin ve özellikle hamilelerin sağlıklarını kontrol etmek

h. Bakım önceliği olan işçileri izlemek ve hasta ya da sağlıkları iyi olmayan işçileri periyodik olarak muayene etmek

i. İşçilerin tıbbi kayıtlarını tutmak ve hastalanmaya yatkın işçileri düzenli olarak muayene etmek

**2.** Sanitasyon ve Epidemiyolojik:

İşyeri hekimi SANEPİD ile işbirliği içinde

a. Düzenli olarak işyerini teftiş eder ve gerekli kayıtları tutar, hijyen ve güvenlik koşullarını iyileştirmek için önlemler önerir ve bunların yerine getirilmesini sağlar

b. Özellikle yeni işleklerin eklenmesi veya yeni üretim süreçlerinin uygulanmaya konması durumları olmak üzere yasal sağlık tedbirlerine uyulmasını sağlamak
c. Epidemiyolojik tedbirlerin sanitasyon ve epidemiyoloji hizmetlerinin tavsiyelerine göre alınmasını sağlamak
**3.** Sağlık Eğitimi:
a. Bu alandan sorumlu hekimin rehberliğinde sağlık eğitimi çalışmalarına katılmak
b. Gönüllülerin (özellikle Kızılhaç gönüllülerinin) çalışmalarına rehberlik etmek ve denetlemek, eğitimlerine destek vermek
c. Yeni işçilere hijyen ve güvenlik eğitimi vermek

**Kaynaklar**

**Akalın, MA. (2010).** Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.

**Baumgartner, L. (1959).** What About Soviet Medicine and Public Health? American Journal of Public Health, 49(5): 592.

**Glass, R.I. (1976).** The SANEPİD Service in the USSR. Public Health Reports, 91(2): 154-158.

**Haines, A.J. (1928).** Dr. N.A. Semaşko The Commissar of Health. Health Work in Russia. Marxist Internet Archive. Erişim: 20.05.2010.

**Izmerov, N.F. (1973).** Control of Air Pollution in the USSR. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).

**Lenin, Vİ. (1901).** *Another Massacre.* Iskra. http://www.marxists.org/archive/lenin/ works/1901/may/07.htm (Erişim: 1 Şubat 2013)

**Leslie, C. (Ed). (1976).** *Asian Medical Systems: A Comperative Study.* Berkeley and Los Angeles: University of Califormia Press.

**Lisitsin, P. (1972).** Health Protection in the USSR. Moscow: Progress Publisher. http://leninist.biz/en/1972/HPITU125/

**Newsholme, A. ve Kingsbury, J.A. (1933).** Red Medicine:

Socialized Health in Soviet Russia. Marxist Internet Archive. Erişim: 02.05.2010.

**Roemer, M.I. (1972).** Evaluation of Community Health Centres. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

**Semashko, N.A. (1923).** The Work of the Public Health Authorities in Soviet Russia. The Communist Review. 4(2). Marxist Internet Archive. Erişim: 02.05.2010.

**Sigerist, H.E. (1937).** Socialized Medicine in the Soviet Union. London: Victor Gollancz Ltd.

**Solomon, S.G. (2000).** 'Through a Glass Darkly': The Rockefeller Foundation's International Health Board and Soviet Public Health. Studies of History, Philosophy, Biology and Biomedical Science, 31(3): 409-410

**Solomon, S.G. ve Krementsov, N. (2001).** Giving And Taking Across Borders: The Rockefeller Foundation And Russia, 1919–1928. Minerva, 39(3): 296-297

**Şakacı, BK. (2009).** Unutulan Bir Sosyalist Deneyim: Paris Komünü. Toplum ve Hekim, 24(4-5): 245 – 250.

**US Public Health Service. (1962).** Report of the Medical Exchange Mission to the USSR: Maternal and Child Care, sf: 1. Public Health Service Publication No. 954.

**WHO. (1960).** Health Services in the USSR, sf: 9. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

**WHO. (1970).** Postgraduate Education for Medical Personel in the USSR, sf: 12. Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).

# 5. Bölüm
# Geri Bıraktırılmışlık Penceresinden

*"Ekonomik gelişme olmaksızın hijyen veya sağlık anlamında herhangi bir şey başarmak olanaksızdır. Çünkü yetersiz beslenen, çullarla giyinen ve acımasız bir sömürü düzeyinde çalışan insanlara sağlık ve bilgi vermek olanaksızdır"*[1].

1850'lerde yaşlı kıtada doğan toplumcu tıp anlayışı, on-dokuzuncu yüzyılın sonlarında Atlantik okyanusunu aşarak Güney Amerika'ya ulaşmıştır. Rudolf Virchow'un asistanlarından *Max Westenhofer* (1871 - 1957) Şili hükümetinin çağrısıyla 1908 yılında Patoloji dersleri vermek üzere davet edildiği Şili'de bir Patoloji kürsüsü kurmuştur. Patoloji dersleri yanında Şili'nin sanitasyon ve hijyen durumunu değerlendiren bir rapor hazırlayarak bu ülkede toplumcu tıp anlayışının tohumlarını atan Westenhofer, 1911 yılında Şilili yöneticileri rahatsız eden bu rapor nedeniyle sınır dışı edilmiştir.

Şili işçi sınıfı, geri bıraktırılmış ülkelerin emekçileri arasında ilk örgütlenen ve mücadeleye ilk başlayanlardan birisidir ve Marksizm ile bu yıllarda tanışmıştır. Şili madenlerinde 1912 yılında kurulan Sosyalist İşçi Partisi, Bolşevik Parti'nin izinden giderek Üçüncü (Komünist) Enternasyonale katılmış ve ismini Şili Komünist Partisi olarak değiştirmiştir.

Avrupa'da Birinci Paylaşım Savaşı'nda kendi egemen sınıflarının yanın-

[1] Allende, 2006.


Salvador Allende

da yer alarak sınıf kardeşlerine kurşun sıkan sosyal demokrat partilere tepki olarak işçi sınıfı partileri tarafından benimsenen "sınıfa karşı sınıf" politikası, işçi sınıfı arasında sınıf bilincinin olgunlaşmasına yardımcı olmuştur.

Ekim Devrimi sonrasında, işçi sınıfının diğer ülkelerde de iktidara gelmesini önleyebilmek için bu ülkelerin sermayedarları faşizmi öne sürmeye başlamıştır. Bu gelişmeyi zamanında değerlendiremeyen birçok komünist parti gibi diğer toplumsal güçlerle ittifak politikasına yeterince önem vermeyerek siyasi arenada yalnızlaşan Şili Komünist Partisi, Amerika kıtasını derinden vuran *1929 Bunalımı* döneminde siyasal yaşamdaki etkisini yitirmiş ve 1932 yılında diğer sol gruplarca gerçekleştirilen hükümet darbesinin dışında kalmıştır.

Westenhofer ülkesi Almanya'da faşizmin tırmanması üzerine 1930'da tekrar ilerici güçlerin görece rahat hareket edebildikleri Şili'ye göçmüştür. Kaynaklar birçok Şilili hekim gibi, bu yıllarda patoloji asistanı olarak çalışan *Salvador Allende*'nin de (1908 - 1973) Westenhofer sayesinde toplumcu sağlık anlayışıyla tanıştığını, bir başka deyişle Westenhofer'in Virchow ile Allende arasında bir *köprü* oluşturduğunu belirtmektedirler[2].

1908'de Valparaiso'da doğan Allende, 1932'de daha önce politik eylemleri nedeniyle atıldığı Şili Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne afla dönerek mezun olmuştur. Politik kimliği nedeniyle Valparaiso hastanelerinde hekim olarak iş bulamayan Allende, yoksulların otopsilerinde patoloji asistanı olarak çalışmaya başlamıştır. Troçkist, anarşist ve sosyal demokratlarla SSCB'nin "sınıfa karşı sınıf" çizgisini benimsemeyen sosyalistler, 1933 yılında Allende'nin de kurucuları arasında bulunduğu Şili Sosyalist Partisi'ni kurmuşlardır. Popülist politikalarıyla ekonomik bunalımın et-

[2] Muir, 2005; Schuftan, 2006; Tedeschi, 2003.

kisiyle radikalleşen küçük burjuvazinin de desteğini alan Sosyalist Parti kısa zamanda güçlenmiştir.

Üçüncü Enternasyonal'in 1935 yılında toplanan 7. kongresinde Giorgi Dimitrov faşizmin sınıfsal karakterini ayrıntılı olarak analiz etmesiyle komünist partiler "sınıfa karşı sınıf" politikasını terk ederek *faşizme karşı birleşik cephe* politikasını benimsemişler ve faşizme karşı işçi sınıfı adına ittifak arayışına girmişlerdir. Şili Komünist Partisi de politikasını değiştirerek faşizme karşı Şili Sosyalist Partisi ile ittifak kurmuştur.

1937 seçimlerinde sol güçler büyük bir zafer kazanmış ve Allende'nin de aralarında bulunduğu birçok sosyalist milletvekili seçilmiştir. 1938 yılında Fransa ve İspanya'da olduğu gibi Şili'de de sol partilerin oluşturduğu Halk Cephesi hükümeti kurulmuştur. Sosyalist Parti bakanlıkların paylaşımında Sağlık Bakanlığı'nı alınca, 1939 yılında Dr. Salvador Allende Sağlık Bakanı olmuş ve 1942 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür[3].

Sağlık Bakanı olduğunda işe ülkesinin sağlık durumunun bir sosyopolitik analizini yaparak başlayan Allende, 1939 yılında *Şili'nin Medikal-Sosyal Gerçekliği* isimli çalışmasını yayınlamıştır. Pek çok yönüyle Virchow'un *Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu*'na benzeyen çalışmada Şili'deki sağlık sorunlarının nedenleri tartışılmaktadır:

- Şili proletaryasını ve köylülerini etkileyen toplumsal kötülüklerin birçoğunun suçlusu "*serbest rekabettir*"
- Sağlıklı ve eğitimli bir toplum yetiştirmek için sömürünün ve cehaletin üstesinden gelinmelidir
- Tıbbi önlemler, ancak bunlara ekonomik ve mali çözümler eşlik ederse başarılı olabilir
- Acımasız sömürü altında çalışan yetersiz beslenmiş insanları sağlıklı kılmak olanaksızdır[4].

1939 – 1942 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı sürecinde vaatlerinden pek azını yaşama geçirebilme şansı bulan Allende'nin Şili işçi sınıfına en büyük hizmeti, Santiago'da yoksulların çok ucuza süt ve süt ürünleri sa-

---

[3] Allende, 1974; Debray, 1973.
[4] Allende, 2006.

tın alabildiği *süt barların* açılmasıdır[5].

İkinci Paylaşım Savaşı'ndan kapitalist dünyanın yeni lideri olarak çıkan Amerika Birleşik Devletleri, savaş boyunca askerileştirdiği ekonomisi sayesinde bunalımdan kurtulmayı başarmış ve arka bahçesi olarak gördüğü Güney Amerika ile daha fazla ilgilenme fırsatı bulmuştur. Soğuk savaş politikaları çerçevesinde ve ABD'nin talepleri doğrultusunda 1948'de Şili Komünist Partisi kapatılmıştır. Şili hükümetinin bu tavrı Şili Sosyalist Partisi'nde bölünmeye yol açmıştır. Allende'nin içinde yer aldığı çoğunluk hükümetin anti-komünist uygulamasına karşı çıkmıştır.

Virchow'un düşüncelerini Amerika kıtasında ilk kez yaşama geçiren Dr. Salvador Allende olmuştur. 1950'lerin başlarında herkese ücretsiz tıbbi bakım sağlayan Şili Ulusal Sağlık Hizmeti Yasası'nı hazırlayan Allende, bu reformla birlikte eşitlikçi gelir dağılımı, iş güvencesi, barınma ve beslenmenin iyileştirilmesi ve Şili'deki uluslararası şirketlerin baskınlığının azaltılması konularında da reformlar için mücadele etmiştir.

Allende Küba devrimini başından itibaren desteklemiş ve Castro'nun yanında yer almıştır. Daha sonra seçimlerde dört kez Başkan adayı olan Allende, 1970'de sol güçlerin desteğiyle Başkan olmuş, altı partinin bir araya gelmesiyle kurulan Halk Birliği hükümeti (Unitad Popular) barışçıl yoldan ve reformlarla sosyalizmi kurmayı hedeflemiştir. Amerika Birleşik Devletleri tarafından 1973 yılında katledilene kadar başkanlık görevini sürdürmüştür[6].

**Şili'nin Mediko-Sosyal Gerçeği[7]**

Allende 1939 yılında Halk Cephesi hükümetinin Sağlık Bakanı olarak kaleme aldığı *La Realidad Médico-Social Chilena*'da (*Şili'nin Mediko-Sosyal Gerçeği*), politik ekonomi ve hastalıklar arasındaki ilişkileri geri bıraktırılmışlık bağlamında incelemiştir.

Allende hastalıkları, bireylerin toplumsal mahrumiyet koşullarıyla beslenen rahatsızlıkları olarak tanımlamaktadır. Bu perspektifle sağlık sorunlarına tek çözüm politik ekonomik değişimden geçmektedir. Allende

---

[5] Muir, 2005.
[6] Allende, 1974; Debray, 1973.
[7] Allende, 2006.

bu konuyu detaylı olarak tartışmaktadır.

Sağlık bakımı sisteminde reforma gitmenin, bu reforma geniş politik-ekonomik değişimler eşlik etmedikçe etkisiz kalacağını ifade etmektedir. Burada belirtilen politik-ekonomik değişimler, ülkenin doğal kaynaklarını ve ucuz emek-gücünü sömüren kapitalist emperyalizmin ve bunların temsilcileri olan çok-uluslu şirketlerin ülkeden kovulmasıdır:

"*Acınacak koşullarda yaşayan, hastalıklar tarafından tüketilmek ya da karanlıklarda ot gibi yaşamak riski altındaki işçilerin varlığı kapitalist şirketlerin umurunda değildir. Ekonomik gelişme olmaksızın hijyen veya sağlık anlamında herhangi bir şey başarmak olanaksızdır. Çünkü yetersiz beslenen, çullarla giyinen ve acımasız bir sömürü düzeyinde çalışan insanlara sağlık ve bilgi vermek olanaksızdır*".

En son söyleyeceğini çalışmasının başında anlatan Allende daha sonra Engels ve Virchow'un izinden giderek ülkesinin tarihini ve emekçi sınıfların yaşam koşullarını tanımlamaktadır.

Allende Şili işçi sınıfının koşullarına ayırdığı bölümde öncelikle ücretler üzerine odaklanmıştır. Allende ücreti, ekonomik üretim yapısı içinde işçilerin maddi koşullarının birincil belirleyicisi olarak görmektedir. Erkekler ile kadınlar arasındaki ücret eşitsizliği, enflasyonun etkisi ve mevcut yasaların asgari ücretin yeterli hale getirilmesindeki yetersizliği üzerinde durmaktadır. Allende ücretlerle beslenme yetersizliği sorunu arasında doğrudan bağlantı kurmaktadır.

Verilerle Şili işçi sınıfının yeterli beslenmediğini ortaya koyan Allende, bebek ölümlerini, iskelet sistemi deformitelerini, tüberkülozu ve diğer enfeksiyon hastalıklarını buna bağlamaktadır. Bu sağlık sorunlarının insanlara yeterli beslenebilecekleri kadar ücret verilmeden çözülemeyeceğini savunan Allende, bu sağlık sorunlarının çözümünün tıbbi hizmetlerle değil, ücretleri arttıracak bir politik eylemle mümkün olduğunu belirtmektedir.

Daha sonra Şili işçi sınıfının giyinme, barınma ve sanitasyon koşullarını ele alan Allende, ücretlerinin büyük bir kısmı barınma ve beslenmeye giden emekçilerin, üstlerine kendilerini ortamın olumsuz şartlarından koruyacak giysiler alamadıklarını tespit etmektedir. Uygun giyinmemek

ile üst solunum yolları enfeksiyonları, pnömoni ve tüberküloz arasında ilişki kurarak, bu hastalıkların hızlarını sergilemektedir.

Barınma noktasında özellikle evlerdeki insan yoğunluğuna odaklanan Allende, Şili'nin dünyada ev başına yaşayan insan sayısı bakımından dünyada ilk sıralarda yer aldığını göstermektedir. Bunun kötü hijyene ve enfeksiyon hastalıklarının hızla yayılmasına yol açtığını ifade ederek, nüfus yoğunluğu ile mortalite hızı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Şili'nin içme ve kullanma suyu ve kanalizasyon şebekelerine ilişkin veriler veren Allende, ekonomik olarak en geri bölgelerin bu alanlarda en kötü durumda olduğunu göstermiştir.

Gelişmiş ülkelerle, geri bıraktırılmış ülkeler arasında bebek ölüm hızları bakımından çok büyük farklar olduğuna dikkat çeken Allende, bunun nedeninin geri bıraktırılmış politik ekonomiden kaynaklanan yetersiz beslenme ve olumsuz sanitasyon olduğunu ifade etmektedir. Aynı yerde tarihteki ilk yasadışı kürtaj istatistiklerinden birini veren Allende, bu nedenle yaşamını yitiren kadın sayılarını sergilemekte ve bu kadınların ezici çoğunluğunun emekçi kadınlar olduğunu göstermektedir:

*"Ücretlerinin çocuk bakmaya yeterli olmayacağı endişesiyle yeni doğacak çocuğun perişan olmasını önlemek için isteyerek düşük yapan yüzlerce emekçi anne vardır. Yüzlerce emekçi anne ekonomik gerçeklik zoruyla yaşamlarını yitirmektedir."*

Allende sosyal sınıflar arasındaki insidans farkı çok yüksek olan tüberkülozu, sosyal hastalık olarak nitelemektedir. Tüberküloz insidansı ile ekonomik gelişmişlik arasındaki ters orantıyı sergileyen Allende, gelişmiş ülkelerde insidansın hızla azalıp, geri bıraktırılmış ülkelerde azalmamasını (bu dönemde henüz antibiyotiklerin bulunmamış olduğunu anımsayınız) tamamen ekonomiye bağlamaktadır.

Emekçi sınıflar arasında cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygınlığını, işsiz emekçilerin yoksunluklarının onları fahişeliğe zorlamasıyla açıklayan Allende, bu sorunların istihdam olanakları yaratılmadan çözülemeyeceğini belirtmektedir. Daha sonra tifüs dahil diğer bulaşıcı hastalıklarla politik ekonomik sistem arasındaki ilişkileri göstermektedir.

Emekçiler arasında yaygın görülen alkolizm ve madde bağımlılığının

sosyal ve psikolojik sorunlardan kaynaklandığını şöyle ifade eder:

> Görüyoruz ki, açıkça temel gereksinimleri karşılayamayan ücretler giyeceklere yetmez, asgari gerekli enerjiyi sağlayacak gıdaya yetmez ve yeterli barınağı sağlamaz. Emekçi, meyhaneye gidip kendisini zehirlemenin bütün bu sorunların çözümü olduğu sonucuna varır. Meyhanede ışıklı, sıcak bir yer ve kendisini dertlerinden uzaklaştıracak, evdeki sefaleti unutturacak arkadaşlar bulur. Kısacası Şilili işçi için alkol uyarıcı değil, anesteziktir.

Kapitalist üretim koşullarının yarattığı sosyal sefaletten köken alan alkolizm birçok hastalığa neden olmaktadır.

Ölümlerin ve sakatlıkların en önemli nedenlerinden birinin mesleki nedenler olduğunun altını çizen Allende, bunları ekonomik üretim koşullarıyla hastalıklar arasındaki doğrudan ilişkinin kanıtları olarak gösterir.

Allende bu çalışmasında, farmasötik endüstri aracılığı ile tekelci sermaye ve çokuluslu şirketlerin yayılmasının ilk analizlerinden birini yapmıştır. Allende jenerik eşdeğerleriyle markalı ilaçların fiyatlarını karşılaştırarak halkın nasıl soyulduğunu gösterir.

Kitabın son bölümleri Şili'nin sağlık hizmetlerinin detaylı analizine ve değişim için planlara ayrılmıştır. Özgül sağlık sorunlarını makro düzeyde politik ekonomi konularından bağımsız tartışmanın anlamsız olduğunu ifade eden Sağlık Bakanı, bakanlığının sağlık politikasını "İnsan Sermayesine İlişkin Düşünceler" başlığı altında sıralamaktadır:

- Sağlıklı bir toplum hem kendi başına değerli bir hedeftir, hem de ulusal kalkınma yararınadır.
- Ülkenin üretkenliği emekçilerin hasta olması ve erken ölümünden olumsuz etkilenmektedir. Ancak emekçilerin sağlığı toplumda temel politik ekonomik değişimler olmaksızın iyileştirilemez. Bu değişimler:

> Emeğin ürünlerinin eşit dağıtımını

> Gıda ve giyim maddelerinin devlet tarafından üretilmesi, dağıtımı ve fiyatlandırılmasını

> Ulusal bir barınma programını

> İşçi sağlığına özel önem verilmesini içermelidir.

Sağlık ile politik ekonomi arasında kaçınılmaz bağlar vardır.

*"Ülkenin mediko-sosyal sorunlarının çözümü, proletaryayı etkileyen ekonomik sorunların kesin olarak çözümünü gerektirir"*.

Allende etkin bir sağlık hizmeti için önkoşullar olarak gördüğü, mevcut güç, mali ve ekonomik üretim yapılarında köklü değişimler talep eden özgül reformlar önermektedir:

- Sağlıkta büyük bir yeniden dağıtıma yol açacak ücret düzenlemeleri
- Yabancı şirketlerin millileştirilmesi
- Sütçülük, balıkçılık ve soğuk hava tesislerinde iyileştirme ve tarımda iyileşme için toprak reformu
- Kamusal inşaat sektörünün desteklenmesi ve özel sektörde kira kontrolü

Hastalıkların ana nedenleri beslenme yetersizliği ve kötü barınma ile yakından ilişkili olduğundan halk sağlığı sisteminin birinci sorumluluğu bu politik ekonomik koşulları iyileştirmektir.

Allende tek tek hastalıklara özgü araştırma veya tedavi programları önermek yerine, mortalite ve morbiditenin temel politik ekonomik değişimlerle azaltılacağından hareketle bir mediko-sosyal program önermiştir. Bu programda şunlar yer almaktadır:

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması
- Planlama etkinlikleri
- Sadece işverenlerin katkıda bulunacağı kaza sigortası
- Farmasötik üretim ve fiyatlandırmanın kontrolü
- İş güvenliği ve sağlık politikaları
- Önleyici hizmetleri destekleyen önlemler
- Sanitasyon programları

Kuşkusuz pek çok bilim insanı toplumcu sağlık düşüncesinin oluşumu ve gelişmesinde önemli katkılarda bulunmuşlardır, ancak hastalıkların toplumsal kökenlerinin anlaşılmasına Friedrich Engels ve Ruldolf Virchow'dan sonra en önemli katkı Salvador Allende'den gelmiştir. Bu yazarlar hastalık üreten toplumsal koşullar olarak politik-ekonomik sistemlerin önemine özel bir vurgu yapmalarıyla dönemlerindeki diğer bilim insanlarından ayrılırlar.

Engels ve Virchow politik-ekonomik koşulların sağlık üzerine etkisini analiz ederek toplumcu sağlık anlayışının temellerini oluşturmuşlardır. Her ne kadar çözüm için farklı yollar önerseler de (Engels devrimci, Virchow ise reformcu) her ikisi de sağlık sorunlarının çözümünü politik ve ekonomik sistemin değişmesinde görmüşlerdir.

Salvador Allende, Engels ve Virchow'dan yalnızca aralarındaki yarım yüzyıllık bir zaman dilimiyle ayrılmaz, Allende aynı zamanda oldukça farklı bir coğrafyanın ve büsbütün farklı koşulların insanıdır. Engels ve Virchow'dan Allende'ye giden yolda kapitalizm emperyalizm aşamasına ulaşmış, işçi sınıfı dünyanın altıda birinde (Sovyetler Birliği) iktidara gelerek sağlık hizmetlerini emeğin gereksinimlerine göre örgütlemeye başlamış, ABD başta olmak üzere kapitalizmin merkez ülkelerinde tıp ve sağlık eğitimden (bu konu için ayrıca bkz. Flexner Raporu) örgütlenmeye, finansmandan hizmet sunumuna kadar her şeyiyle sermayenin hizmetine girmiştir.

Engels ve Virchow'dan farklı olarak Allende dünyaya kapitalizmin metropollerinden değil, Latin Amerika'daki sömürgelerinden birinden bakmakta ve bu pencereden geri bıraktırılmışlığın sağlık üzerine etkilerini de görmektedir. Böylece Allende sağlık sorunlarına ekonomik geri bıraktırılmışlık bağlamında bir politik-ekonomik model öneren ilk bilim insanı olmuştur.

Kuşkusuz Almanya gibi bir kapitalist metropol yerine, Şili gibi metropollere bağımlı bir çevre ülke penceresinden bakıldığında, geri bıraktırılmışlık, bağımlılık, dış borçlar ve çifte sömürü tarafından belirlenmiş iş süreçlerinin sağlık üzerine etkileri daha belirgin hale gelmektedir. İlaçların jenerik isimleriyle değil, marka isimleriyle reçetelendirilmesinin sağlık üzerine etkileri gibi geri bıraktırılmışlıkla ilişkili çok özgül konuları da ele alan Allende, toplumcu sağlık anlayışının yalnızca Latin Amerika'da güçlenmesine katkıda sağlamakla kalmamış, bu anlayışı güçlendiren önemli teorik ve pratik katkılarda da bulunmuştur.

Allende'nin toplumcu sağlık anlayışına en büyük katkılarından biri sağlık–sanayi kompleksleri olgusuna dikkat çekmesidir. Bunlar Allende döneminde henüz yeni filizlenmektedirler. Allende tıbbi hizmetlerin me-

talaştırılmasının ve piyasalaştırılmasının sağlık üzerine etkilerini, henüz sağlıkta kamu-özel ortaklıkları, maliyet-etkililik vb. kavramların dahi ortada olmadığı bu yıllarda öngörmüştür.

**Toplumcu Tıpta üç Tarihsel Yaklaşım**

Allende de Engels ve Virchow gibi sağlık sorunlarının ana nedenlerini kapitalist üretimin yapısında görmektedir. Ancak aralarında farklar da vardır ve bu farklar tarihsel olarak toplumcu sağlık anlayışında günümüzde de devam eden üç farklı yaklaşımı oluşturmaktadırlar. Engels'e göre sağlık, hastalık ve erken ölümlerin nedenleri arasında ekonomik üretim birincil önemde olup, üretimin örgütlenmesine ve üretim sürecine vurgu vardır. Hastalıklar ve erken ölümler doğrudan emekçilerin işlerinde karşılaştıkları tozlara, kimyasallara, zaman baskılarına, beden duruşuna ve diğer güçlüklere maruziyetten kaynaklanır. Çevresel kirlilik, kötü barınma, alkolizm ve beslenme yetersizliği de emekçilerin sağlıksızlığına katkıda bulunur, ancak bu etmenler esas olarak üretimin yapısal çelişkilerini yansıtır veya kötüleştirir. Engels mevcut koşulların şu veya bu yolla iyileştirilmesini değil stratejik olarak devrimi savunur.

Virchow, sağlık, hastalık ve erken ölümlerin nedenleri olarak toplumsal kaynakların dağıtımına ve tüketimindeki eşitsizliklere vurgu yapar. Hastalıklar ve erken ölümlerin ana kaynağı yoksulluk, işsizlik, beslenme yetersizliği, kültürel ve eğitimsel eksiklikler, politik bakımdan etkisizlik, anadil üzerine baskılar, yetersiz sağlık kurumları ve emekçi sınıfları etkileyen benzer eksikliklerdir. Devlet gıda dağıtımını etkinleştirerek salgınları önleyebilir. Bir halk sağlığı sistemi sağlık bakımını daha erişilebilir kılabilirse, morbidite ve mortalite iyileşebilir. Özetle mevcut koşullar şu veya bu yolla iyileştirilebilir. Sonuçta Virchow, stratejik olarak reformisttir.

Allende'ye gelince bağlam değişmektedir. İşçi sınıfının Şili gibi ülkelerde yaşadığı yoksunluklar, ileri kapitalist ülkelerin geri bıraktırılmış ülkeleri sömürmesini yansıtır. Buradaki çok ince nüans şudur: Allende düşük ücret, beslenme yetersizliği, kötü barınma ve diğer sorunları doğrudan doğruya ülkenin zenginliklerinin uluslararası emperyalizm tarafından sömürülmesine bağlar. Engels gibi üretimin bizzat kendisinin

hastalık üretebileceğini kabul eder fakat bunu Engels kadar vurgulamaz. Allende'de vurgu daha çok Virchow'da olduğu gibi mal ve hizmetlerin eşitsiz dağıtımınadır.

Allende'ye göre sağlığın, hastalıkların ve erken ölümlerin en önemli politik ekonomik belirleyicisi ekonomik gelişmişlikle, geri bıraktırılmışlık arasındaki çelişkidir. Emperyalizme karşı mücadele ile toplumun ekonomik olarak ilerlemesiyle sağlık bakımı ve bireysel sağlıkta iyileşme sağlanabilir. Böylece Allende de, Engels gibi kategorik olarak devrimci bir çizgidedir. Virchow sağlıkta reformlarla iyileşmeler sağlanabileceğini savunurken, Allende devrim olmaksızın sağlıkta anlamlı iyileşmeleri olanaklı görmez. Fakat Allende devrimin barışçıl araçlarla mümkün olduğuna inanır. Bu inancının bedelini yaşamıyla ödemiştir.

**Tablo 1. Toplumcu tıp yaklaşımları**

| | ENGELS | VİRCHOW | ALLENDE |
|---|---|---|---|
| **Sağlığın ve erken ölümlerin ana belirleyicileri** | Üretimin örgütlenmesi | Kaynakların dağıtımı ve tüketimindeki eşitsizlikler | Sömürgecilik ile geri bıraktırılmışlık arasındaki çelişki |
| **Çözümler** | Devrim | Reform | Devrim (barışçıl) |

Kuşkusuz bu farklılıklar çok kritiktir ve politik-ideolojik sonuçları vardır. Ancak toplumcu sağlık anlayışı çınarının bu üç dalının ortaklaştıkları konular, farklılaştıkları[8] konulardan çok daha fazladır. Bunlardan en önemlisi hepsinin *çok-etmenli nedenselliğe* bağlılığıdır. Buna göre hastalık doğrudan doruya bir enfeksiyon ajanı veya patofizyolojik bozukluğun sonucu değildir (olamaz). Beslenme yetersizliği, ekonomik güvensizlik, mesleki riskler, kötü barınma, politik güçsüzlük gibi çeşitli sorunlar hastalıklar ve erken ölümlere bir yatkınlık oluştururlar. *Çok-etmenli etiyoloji, tıbbi pratiği politik pratiğe bağlar ve toplumsal değişimi bir tedavi olarak görür.*

Tıp eğitimi almamış veya tıpla yeterince ilgilenmemiş aydınların, özel-

[8] Çözüm noktasında ise *gerçekçi* tek çözümün devrim olduğunu fakat bunun da yeterli olmadığını tarih göstermiştir.

likle kendileri bir sağlık sorunu yaşarken bu yaklaşımı kavramaları çok güçtür. Hekimlere gelince, aslında hastalıkların çok-etmenli etiyolojisinin çok uzun yıllar önce kabul edilmiş olmasına karşın, hekimlerin çoğu, kuşkusuz sınıfsal konumlarından kaynaklanan politik ve ideolojik tercihlerinin de etkisiyle, kendilerini yalnızca proksimal (yakın) nedenlerle ilişkilendirmektedir.

Diğer yandan her üç yazar, vurguları farklı olmasına karşın, hastalıkları toplumsal gerçekliğin karmaşıklığının derinliklerinde görürler. Bireysel hastalık toplumsal çelişkiden ne kadar çok etkileniyorsa, bu hastalığın tedavisinin birey düzeyine sınırlanması o kadar boşuna ve naif bir çabadır.

Engels işyeri ortamı ve fiziksel çevrenin İngiliz işçi sınıfının hastalanmasına, sakatlanmasına ve vakitsiz ölümüne neden olan özelliklerini incelemiş, Virchow tıbbi sorunların çözümü için toplumsal değişimi önermiş ve Allende hastalıkların izini sınıf tahakkümünde, ekonomik geri bıraktırılmışlıkta ve emperyalizmde aramıştır. Sonuç olarak üç yaklaşımın ortak yönleri şöyle sıralanabilir:

- Toplumsal etiyoloji
- Çok-etmenli nedensellik
- Diyalektik maddeci yöntem
- Sağlık hakkı mücadelesinde sağlık profesyonellerine etkin bir rol
- Sosyal epidemiyoloji ve sağlık politikası
- Sosyomedikal değişim stratejileri

**Kaynaklar**

**Akalın, MA. (2010).** *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama.

**Allende, S. (2006).** *Chile's Medical-Social Reality (excerpts).* Social Medicine, 1(3): 151 – 155.

**Allende S. (1974).** *Şili'de Sosyalist Eylem.* İstanbul: Bilgi.

**APHA Task Force on Chile. (1977).** *History of the Health Care System in Chile.* American Journal of Public Health, 67(1): 31 – 36.

**Debray, R. (1973).** *Allende Anlatıyor.* İstanbul: May

**Garcia, CJ. (1986[2007]).** *Juan César García interviews Juan César García.* Social Medicine, 2(3): 138 – 143.

**Muir, R. ve Angell, A. (2005).** *Salvador Allende: his role in Chilean politics.* International Journal of Epidemiology, 34(4): 737 – 739.

**Navarro, V. (2009).** *What We Mean by Social Determinants of Health.* International Journal of Health Services, 39(3): 423 – 441.

**Porter, D. (2006).** *How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading?* Plos Medicine, 3(10): 1667 – 1672.

**Schuftan, C. (2006).** *A True Jewel In The Annals Of Social Medicine: Young Allende's Early Legacy.* Social Medicine, 1(3): 148 – 150.

**Tajer, D. (2003).** *Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges.* American Journal of Public Health, 93(12): 2023 – 2027.

**Taylor, R. ve Rieger, A. (1984).** *Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: an introduction and translation.* Sociology of Health and Illness, 6(2): 201 – 217.

**Tedeschi, SK., Brown, TM. ve Fee, E. (2003).** *Salvador Allende: Physician, Socialist, Populist, and President.* American Journal of Public Health, 93(12): 2012 – 2015.

**Waitzkin, H. (1981).** *The Social Origins of Illness: A Neglected History.* International Journal of Health Services, 11(1): 77 – 103.

**Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. ve Lamadrid, S. (2001).** *Social medicine in Latin America—productivity and dangers facing the major national groups.* Lancet, 358(9278): 315 – 323.

**Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. ve Lamadrid, S. (2001).** *Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America.* American Journal of Public Health, 91(10): 1592 – 1601.
**Waitzkin, H. (2005).** *Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine.* International Journal of Epidemiology, 34(4): 739 – 741.
**Waitzkin, H. (2006).** One *and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine.* Social Medicine, 1(1): 5 – 10.
**Waitzkin, H. (2007).** *Political Economic Systems and the Health of Populations: Historical Thought and Current Directions.* (Galea S. (Ed.) (2007) *Macrosocial determinants of population Health.* New York: Springer. içinde 5. bölüm).
**Yanagawa, B. ve Okhowat, A. (2008).** *Rudolf Virchow: A Physician and Politician.* University of Toronto Medical Journal, 86(2): 72 – 74.
**Yamada, S. (2003).** *Latin American Social Medicine and Global Social Medicine.* American Journal of Public Health, 93 (12): 1994 – 1996.

*Okuma 1. Virchow'un İzinde*

Avrupa'nın birçok merkezinde hekimlerin ve saniteryenlerin, insanlık dışı ve tehlikeli çalışma koşullarının, işsizliğin, sefil yaşam koşullarının, beslenme yetersizliğinin ve genel yoksulluğun, emekçi sınıflar arasında yüksek hastalık hızları ve erken ölümlerin ana nedenleri olduğunu tanımlamalarına ve istatistiksel olarak belgelemelerine karşın, 1848 devrimlerinin yenilgisiyle birlikte gericileşen ve otoriterleşen Avrupa'da tıp ortamında muhafazakar düşünce yeniden egemen olmuştur.

Pasteur ve Koch'un açtığı yoldan ilerleyen tıp dikkatini toplumdan (toplumun sosyal ve ekonomik yapısından/düzeninden) bireye çevirmiş, bireyleri hasta eden dışsal ve özgül hastalık etmenlerine (bakteriyolojiye) odaklanmıştır[1]. Bu yaklaşım sağlık için toplumsal düzende değişim yerine, patolojilere özgü tedavi anlayışını teşvik etmiştir. Ancak 1880'lerde yeni bir Alman hekim nesli yeniden Virchow'un fikirleri etrafında toplanmaya başlamıştır. Bunlar arasında Max Pettenkofer ve Alfred Grotjahn önemlidir.

On-dokuzuncu yüzyılın sonlarında Almanya'da tıp ve sağlık alanında başlıca dört düşünce belirginleşmiştir:

- Sosyalist düşünceler etrafında birleşen ve *toplumcu tıp* anlayışını savunan hekimler *Sosyalist Hekimler Birliği*'nde örgütlenmişlerdir. 1890 yılında yasallaşan Alman Sosyal Demokrat Partisi'ne üye olan bu hekimlerden Ignaz Zadek, partinin 1893 yılında devletin herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti sağlaması politikasını benimsemesini sağlamıştır.
- Virchow'u izleyen ve yine *toplumcu tıp* anlayışını savunan diğer bir grup hekim, Alfred Grotjahn ve Adolf Gottstein tarafından kurulan *Sosyal Tıp, Sosyal Hijyen ve Tıbbi İstatistik Birliği*'nde örgütlenmişlerdir. Virchow'un savunduğu *reformcu* anlayışla emekçilerin yaşam ve çalışma koşullarında iyileştirmeler için mücadele

[1] Bu eğilim günümüzde de bakteriyoloji yerine genetiğe odaklanma biçiminde kendisini göstermektedir.

etmektedirler.

- *Berlin Halk Sağlığı Cemiyeti,* toplumsal etmenlerin sağlık üzerine etkilerini *reddeden* ve sağlığı bütünüyle *biyolojiye indirgeyen* hekimleri bir araya getirmektedir.
- Kurucuları arasında Alfred Ploetz'in yer aldığı *Irk Hijyeni Cemiyeti*'nde, toplumun sağlığını esas olarak *genetik yapısının* belirlediğini, bu nedenle toplumun gen havuzunun bozulmasının[2] toplum sağlığını olumsuz etkileyeceğini savunan ırkçı hekimler örgütlenmişlerdir.

Emekçiler arasında radikal sosyalist düşüncelerin yayılmasından ürken Bismarck hükümeti, işçilerin durumunu düzeltmek amacıyla işçi ve işveren primlerinden finanse edilen bir zorunlu *sosyal sigorta* düzenlemesine gitmiştir. İlk olarak 1883 yılında *Hastalık Sigortası* kurulmuş, bunu iş-göremezlik, kaza ve emeklilik sigortaları izlemiştir. Başlangıçta hastalık sigortası sadece işçi sınıfının en örgütlü olduğu sektörleri kapsamına almış, ancak eş ve çocukları kapsam dışında bırakmıştır. 1885 yılında nüfusun yalnızca % 9'u sigortalı iken, bu oran 1911'de % 21'e ulaşmıştır.

Bu gelişmelerle birlikte Türkiye'deki eski *Sosyal Sigortalar Kurumu*'na benzer bir yapıda, göreli özerk, fakat yönetimlerinde işçi temsilcilerinin olduğu sağlık kurumları oluşturulurken, bu kurumlarda istihdam edilen hekim sayısı 1913'de 34 bine yükselmiştir. Almanya'da 20. yüzyılın başlarında birçok hekim hastalıkların etiyolojilerinde toplumsal bir öge bulunduğu konusunda görüş birliği içindedir. Toplum sağlığında ancak barınma, sanitasyon ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi halinde büyük iyileşmeler görüleceği düşünülmektedir. Sigorta fonları bu düşüncelerle barınma koşullarının iyileştirilmesi, ana-çocuk sağlığı klinikleri açılması ve alkolizm, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı halk

[2] Yahudiler kastediliyor.

sağlığı kampanyaları gibi çalışmalar yürütmüşlerdir[3].

Almanya'da toplumcu tıp ve halk sağlığının önde gelen figürlerinden biri olan Max Pettenkofer, Koch ve Pasteur'ün buluşlarının hastalıkların toplumsal etiyolojisini maskelemesine karşı gösterdiği dirençle tanınmıştır. Max Pettenkofer Almanya'da toplumcu tıp anlayışının, bu dönemde oldukça yaygın olan Chadwickçi sanitasyon reformu içinde yitip gitmesini engelleyen önemli bir bilim insanı ve aktivisttir:

*"Bugünlerde (1880'ler) bir kentin sağlık koşullarının tamamen iyi kanalizasyon, bol su kaynağı ve iyi tuvaletlerle belirlendiğini düşünmek moda haline geldi. Bunları yaparak sorunlarımızın üçte birini dahi çözemeyiz. Sağlığımız aynı zamanda büyük ölçüde beslenme tarafından belirlenir; alınan gıdanın yalnız kalitesi değil, miktarı da önemlidir (Sadece gıda kontrolü çalışmalarının yeterli olmayacağını, herkese yeterli gıdanın sağlanmasının gerektiğini ifade ediyor). Barınma koşulları da çok önemlidir... Politik ve toplumsal koşullar da toplumun sağlığı ve mortalitesi üzerinde etkilidir. Dünyanın her yerinde zenginler fakirlerden daha sağlıklıdır ve daha uzun yaşarlar"*[4].

Zürih'te anatomi profesörü olarak göreve başlayan Jakop Henle 1840'da yayınladığı kitabında tek-etmenli nedensellik kavramını ortaya koymuş, bu kavram daha sonra öğrencisi Robert Koch tara-

[3] Sigorta bünyesinde çalışan toplumcu hekimler Birinci Paylaşım Savaşı öncesinde Dr. Karl Kollwitz öncülüğünde Sosyal Demokrat Hekimler Birliği'ni (SDHB) kurmuşlardır; ancak bu dönemde Almanya'da sosyalistler arasında savaşa ilişkin tutum noktasında derin bir ayrılık vardır. Sosyal demokrat politikacıların bir bölümü emperyalist savaşta kendi ülkelerinin sermayesi yanında yer alırken, komünistler emperyalist savaşı devrimci savaşa çevirme politikasını benimsemişlerdir ve bu yarılma SDHB'ni de etkilemiştir. Naziler iktidara gelir gelmez ilk iş olarak sigorta fonlarının yönetimindeki işçi ağırlığına son vermişlerdir. İkinci Paylaşım Savaşı'ndan sonra sermaye egemenliğinde kurulan Federal Alman Cumhuriyeti, Naziler'in düzenlemelerini korumuş ve artık eski gücüne sahip olmayan işçi sınıfının sigorta fonları üzerindeki denetimine izin vermemiştir.

[4] Evans, 1973.

fından geliştirilmiştir (Henle - Koch Postülatları). Tek etmenli etiyoloji anlayışına ilk ciddi muhalefet Münih'te Max Pettenkofer'den gelmiştir. Tek etmenli etiyoloji yaklaşımının doğru olmadığını kanıtlamak için 1880'de hazırladığı kolera "kokteylini" içen ve hastalanmayan Pettenkofer, böylece koleranın doğrudan hastalığa neden olmadığını, hastalık oluşturabilmesi için bir süre toprakta kalması gerektiğini kanıtlamıştır[5].

Koch ve dönemin diğer önde gelen sağlık otoriteleri tarafından savunulan hastalıkların biyolojik etiyolojisi teorisine karşı mücadelesinde yaşamını ortaya koyan Pettenkofer, koleraya tek başına kolera basilinin yol açamayacağını, başka etkenlerin de birlikte olması gerektiğini kanıtlayabilmek için 9 Ekim 1892'de hazırladığı kolera kokteylini tanıklar önünde içerek Koch postülatlarından birinin (mikrobun sağlıklı bireye inoküle edilerek üretilebilmesi) kolera için geçerli olmadığını kanıtlamaya çalışmıştır.

Alfred Grotjahn ise 1911 yılında yayınladığı Toplumsal Patoloji kitabıyla Virchow'un sağlık ve tıp anlayışını günümüze taşımakta önemli bir rol üstlenmiştir:

1. Toplumsal bakımdan bir hastalığın önemi ilk olarak görülme sıklığı ile belirlenir. Bu nedenle tıbbi istatistikler toplumsal patoloji araştırmalarında temeldir.
2. Hastalıklar ile toplumsal koşullar arasındaki en önemli ilişkiler doğal olarak nedensellik kapsamındadır. Hastalığın etiyolojisi biyolojik ve toplumsaldır. Şimdiye kadar yalnızca biyolojik etiyoloji üzerinde çalışılmıştır. Aynı çalışma toplumsal etiyoloji üzerine de yapılmalıdır. Hastalığın toplumsal etiyolojisi şu başlıklar altında ele alınabilir:
Toplumsal koşullar;
a. bir hastalığa yatkınlık yaratabilirler;
b. kendileri doğrudan hastalığa neden olabilir;
c. hastalık nedenlerini taşıyabilirler;

[5] Evans, 1976.

d. hastalığın gidişini etkileyebilirler.
3. Yalnızca toplumsal koşullar hastalıkların kökenini ve gidişini belirlemezler, aynı zamanda hastalıklar da toplumsal koşulları etkilerler. Bu etki hastalığın çıktılarıyla meydana gelir. Bu kendini ölüm, iyileşme, kronikleşme, başka hastalıklara yatkınlık oluşturma ve son olarak dejenerasyonla gösterebilir.
4. Toplumsal bakımdan önemli bir hastalık ele alınırken, prevalans üzerine tıbbi tedavinin mi etkili olduğu, yoksa toplumsal tedbirlerin mi etkili olduğu belirlenmelidir. Bu hastanın toplumsal ve ekonomik ortamına dikkat etmeyi gerektirir[6].

Birinci Paylaşım Savaşı döneminde Virchow'un düşünceleri, Grotjahn aracılığıyla Çekoslovakya, Sovyetler Birliği, Fransa ve Belçika'ya ulaşmıştır.

Max Mosse ve Gustav Tugendreich 1913 yılında Hastalık ve Sosyal Konum başlıklı bir kitabın editörlüğünü yapmışlardır. Kitaplarının giriş bölümünde amaçlarını şöyle ifade etmektedirler:

> Bu kitapta hastalıkların önlenmesi, kökeni ve nedenleri üzerine toplumsal koşulların etkileri ve bu etkilerden kaçınma yolları gösterilecektir. ... Doğal olarak ortaya çıkanların aksine, insan toplumu ve kültürü tarafından yaratılan hastalıkları tetikleyici veya hastalıklar lehine bütün koşullar, toplumsal koşulların sağlık üzerine etkileri ve hastalıkların toplumsal nedenleri olarak tanımlanmalıdır. ... Bakteriyologlar enfeksiyon hastalıklarının kökenine bilinen veya bilinmeyen özgül antiteleri (mikropları) koyarken, sosyal nedenler dahil diğer nedenleri reddetmektedirler. ... Bakteriler belirli enfeksiyon hastalıkları için gerekli bir etmendir, ancak kesinlikle hastalık için yeterli bir neden değildirler[7].

[6] Murphy, 2002.
[7] Murphy, 2002.

Mosse ve Tugendreich hastalıklarla mücadelede tıbbi müdahalelerin sanıldığından daha az etkili olduğunu ve mortalite üzerinde çevresel ve toplumsal etmenlerin daha önemli olduğunu belirterek şu örneği vermişlerdir: tüberküloz mortalitesinin azaltılmasında hastalığın tedavisi için hastanelerde özel koğuşlar ayrılması ve sanatoryumların kurulması, sosyal yardım sisteminin kurulması, barınma koşulları ve ücretlerde iyileşme sağlanmasından daha az etkili olmuştur.

Yazarlar sağlığı genetik yapının belirlediği şeklindeki ırkçı tezlere karşı, insan gelişiminin doğumda bitmediğini, en azından ergenliğe kadar devam ettiğini ve bu erken çocukluk döneminde sağlıksız koşullara maruz kalmanın ileri yaşlardaki sağlık durumu üzerinde olumsuz etkileri olduğunu savunmuşlardır.

**Kaynaklar**

**Evans, AS. (1973).** *Pettenkofer Revisited: The Life and Contributions of Max von Pettenkofer (1818 – 1901).* Yale Journal of Biology and Medicine, 46: 161 - 176.

**Evans, AS. (1976).** *Causation and Disease: The Henle – Koch Postulates Revisited.* The Yale Journal of Biology and Medicine, 49: 175 - 195.

**Murphy, S. ve Egger, M. (2002).** *Studies of the social causes of tuberculosis in Germany before the First World War: extracts from Mosse and Tugendreich's landmark book.* International Journal of Epidemiology, 31(4): 742 - 749.

*Okuma 2. Che Guevara'nın 19 Ağustos1960'ta Kübalı Milislere Hitaben Yaptığı konuşma* [122]

Küba halkının, devrimci kanunların sağladığı ilerlemeleri, tam bağımsızlık yolundaki yürüyüşünü ve özgürlüğünü kutladığı yüzlerce kamusal etkinlikten bir diğeri olan bu sade tören beni özel olarak ilgilendiriyor.

Hemen hemen herkes, yıllar önce kariyerime bir doktor olarak başladığımı biliyor. Ve ben bir doktor olarak yola çıktığımda, tıp okumaya başladığımda, ideallerim arasında şu an bir devrimci olarak sahip olduğum fikirlerin çoğu yoktu. Herkes gibi başarmak istedim. Ünlü bir tıp bilimcisi olmanın hayalini kurdum; insanlığa yardımı dokunabilecek bir şeyler -fakat, bana kişisel zaferler kazandıracak şeyler- keşfetmek için durmaksızın çalışmanın hayalini kurdum. Ben de, tüm hepimiz gibi, içinde bulunduğum ortamın çocuğuydum.

Mezuniyetten sonra, özel sebeplere ve belki de karakterime bağlı olarak, Amerika'yı baştanbaşa gezmeye başladım ve Amerika'nın tamamıyla tanıştım. Haiti ve Santa Domingo dışında, diğer tüm Latin Amerika ülkelerini bir şekilde ziyaret ettim. Seyahat ettiğim koşullar sayesinde, önce bir öğrenci sonra da bir doktor olarak, yoksullukla, açlıkla ve hastalıkla yakından tanıştım; parasızlık yüzünden bir çocuğu tedavi ettirememekle; sürekli açlığın ve eziyetin kışkırttığı ve bir babayı oğlunun ölümünü önemsiz bir kazadan saymasına vardıran şaşkınlıkla tanıştım. Ki bu durumlara kıtamızın ezilen sınıfları arasında sıklıkla rastlanıyor. Ve o anda, benim için, ünlü olmak ya da tıp bilimine çok önemli katkılarda bulunmak kadar önemli şeyler olduğunu fark etmeye başladım: o insanlara yardım etmek istiyordum.

Ama ben, her zaman hepimiz için geçerli olduğu gibi, yine içinde bulunduğum koşulların çocuğuydum ve o insanlara kişisel çabalarımla yardım etmek istedim. Epeyce seyahat etmiştim -o zamanda Guatemala'daydım, Arbenz'in Guatemala'sı- ve devrimci doktorun yönünü tayin edecek

bazı notlar almaya başlamıştım. Devrimci bir doktor olmak için ne gerektiğini araştırmaya başlamıştım.
Ama saldırı (darbe) patlak verdi, saldırının arkasında United Fruit Company, ABD Dışişleri Bakanlığı, [CIA şefi] John Foster Dulles -gerçekte ikisi aynı şey- ve Castillo Armas adlı kuklaları vardı. Saldırı başarılı oldu, çünkü halk Küba halkının bugün bulunduğu gelişim seviyesine ulaşmamıştı.
Herhangi başka bir gün gibi güzel bir gün, iltica yoluna çıktım, ya da en sonunda, Guatemala'dan uçuş yoluna çıktım, çünkü orası benim ülkem değildi.
Devrimci bir doktor olmak için...
Sonra önemli bir şey fark ettim: Devrimci bir doktor olmak için ya da sadece bir devrimci olmak için, öncelikle ortada bir devrim olması lazım. Yalıtık bireysel çaba, tüm saf ve temiz amaçlarına karşın yararsızdır ve en yüksek idealler için bütün bir hayatı adama isteği eğer biri yalnız başına çalışıyorsa -Amerika'nın herhangi bir köşesinde, yalnız başına- ilerlemeyi engelleyen kötü hükümetlere ve toplumsal koşullara karşı mücadele açısından anlamsızdır. Bir devrim yaratmak için, şu an Küba'da olan şeye sahip olmak gerekir –kolların ve birliğin değerini anlamak için kollarını kullanarak ve militan birliği uygulayarak öğrenen, bütün bir halkın seferberliği.
Ve şimdi, şu anda önümüzde duran sorunun çekirdeğine inmek zorundayız. Nihayet, bugün bir insan, her şeyden önce, devrimci bir doktor yani kendi mesleki teknik bilgisini devrimin ve halkın hizmetinde kullanan biri olma hakkına ve görevine sahiptir. Fakat şimdi eski sorun yeniden açığa çıkıyor: Toplumsal refah işi gerçekte nasıl hayata geçirilebilir? Kişisel çabayla toplumun gereksinimleri nasıl birleştirilebilir?
Hepimiz tek tek kendi yaşamlarımızı gözden geçirmeliyiz, doktorlar olarak ya da herhangi bir kamu sağlığı görevinde ne yaptık ve ne düşündük. Bunu son derece eleştirel bir istekle yapmalı ve sonuç olarak geçmiş dönemde düşündüğümüz ve hissettiğimiz her şeyin raflara kaldırılmakta ve

yeni bir insan tipinin yaratılmakta olduğu bir karara varmalıyız. Eğer her birimiz bu yeni insan tipinin oluşumu için maksimum enerjimizle çabalarsak, halk için onu yaratmak ve yeni Küba'nın örneği olmasını sağlamak çok daha kolay olacaktır.

Yeni insanı yaratmak

Şu an burada bulunan Havana sakinlerine vurgulamaktan mutluluk duyarım ki, Küba'da, burada başkentte yeterince değerlendiremediğimiz ama ülkenin dört bir köşesinde bulunabilecek yeni bir insan yaratılıyor. 26 Temmuz'da Sierra Maestra'ya gidenleriniz hiç bilinmeyen iki şeyi görmüş olmalı. Birincisi, çapalı kazmalı bir ordu; en büyük gururu, Oriente'deki yurtsever festivallerde, asker yoldaşları tüfeklerle yürürken çapalarını ve kazmalarını kaldırarak yürümek olan bir ordu. Fakat daha da önemli bir şeyi görmüş olmalısınız. Çoğu 13-14 yaşlarında olmasına rağmen bedensel gelişimleri 8-9'unda gösteren çocukları görmüş olmalısınız. Onlar Sierra Maestra'nın en gerçek çocukları, açlığın ve sefaletin en gerçek evlatlarıdır. Onlar yetersiz beslenmenin yarattıklarıdır.

Dört ya da beş televizyon kanalı ve yüzlerce radyo istasyonuyla, modern bilimin bütün ilerlemeleriyle bu küçücük Küba'da, bu çocuklar ilk olarak gece vakti okula vardıklarında ve yanan ampullerini gördüklerinde o gece yıldızların çok alçakta olduğunu haykırdılar. Ve o çocuklar, bazılarınız görmüş olmalısınız, kolektif okullarda okumaktan ticarete kadar çeşitli hünerler ve elbette devrimci olmanın zorlu bilimini öğreniyorlar.

Onlar Küba'da doğmakta olan yeni insanlar. Onlar izbe alanlarda, Sierra Maestra'nın değişik bölgelerinde ve de kooperatiflerde ve iş merkezlerinde doğuyorlar. Bütün bunlar bugün üzerine konuştuğumuz şeyle, yani doktorların ya da diğer sağlık işçilerinin devrimci hareketle bütünleşmesiyle çok yakından ilgili. Çocukların eğitimi ve beslenmesi görevi, ordunun eğitilmesi görevi, -bir zamanların- büyük toprak sahiplerine ait olan arazilerin aynı topraklar üzerinde ondan

faydalanamadan her gün çalışan insanlara dağıtılması görevi, Küba'da hayata geçirdiğimiz toplumsal tıbbın başarılarıdır.
Hastalığa karşı mücadelenin temel ilkesi sağlıklı bir beden yaratmaktır; fakat sağlıklı bir bedeni bir doktorun zayıf bir organizma üzerindeki çalışmasıyla değil; daha çok, sağlıklı bir bedeni toplumun/kolektivitenin tamamının bütün toplumsal kolektivite üzerinde çalışması yoluyla yaratmaktır.
Bir gün, bu yüzden, tıp kendini hastalıkları önleyen ve halkı tıbbi görevlerini yapması konusunda yönlendiren bir bilime dönüştürmek zorunda kalacak. Tıp sadece, yaratmakta olduğumuz yeni toplumun becerileri dışında kalan çok uç, kritik durumlarda ameliyat yapmak ya da benzeri bir şey için müdahale etmelidir.
Sağlık Bakanlığına düşen...
Bugün Sağlık Bakanlığına ve ilgili organizasyonlara düşen görev kamu sağlık hizmetlerini mümkün olan en yüksek sayıdaki insana ulaşmak için geliştirmek, önleyici bir tıp programı geliştirmek ve halkı sağlıklı yaşam konusunda yönlendirmektir.
Fakat, tüm devrimci görevler için olduğu gibi bu görev için de esasında ihtiyaç duyulan şey bireyseldir. Devrim kolektif istek ve kolektif girişimi standartlaştırmaz. Tersine, kişinin bireysel becerisini özgürleştirir. Ve bizim görevimiz tüm sağlık uzmanlarının yaratıcı yeteneklerini toplumsal tıbbın görevlerine yönlendirmektir.
Biz bir çağın sonundayız ve sadece Küba'da da değil. Tersine ne söylenirse ya da umut edilirse boşuna; içinde büyüdüğümüz, altında ezildiğimiz, bildiğimiz kapitalizm tüm dünyada mağlup edilmektedir. Tekeller devriliyor, kolektif bilim her gün yeni ve önemli zaferlere imza atıyor. Uzun zaman önce diğer zapt edilmiş kıtalarda, Asya ve Afrika'da başlayan bir özgürlük hareketinin Amerika'daki öncüleri olma görevi ve gururuna sahibiz. Böylesi büyük bir toplumsal değişim, halkın zihniyetinde de aynı büyüklükte bir değişim gerektirir. Bir sosyal çevrede tek başına

bir insanın bireysel eylemi şeklinde bir bireycilik Küba'da yok olmalıdır. Bireycilik, gelecekte, bireylerin tamamının kolektivitenin mutlak yararı için etkin kullanımı olmalıdır. Hepiniz ne söylediğimi anlıyorsunuz ve bugünün, geçmişin ve geleceğin nasıl olması gerektiği konusunda biraz düşünmeye hazırsınız; bu da bu fikrin bugün anlaşılması için yeterli. Bir düşünme biçimini değiştirmek için, büyük içsel değişimlere uğramak ve büyük dış değişimlere şahit olmak gereklidir, özellikle de topluma karşı sorumluluklarımız ve ödevlerimizi yerine getirirken.

O dış değişimler Küba'da her gün meydana geliyor. Devrimi tanımanın ve halkın içinde uzun süredir uyumakta olan birikmiş enerjinin farkına varmanın bir yolu, tüm Küba'yı gezerek şu an yaratılmakta olan kooperatif ve iş merkezlerini görmektir. Sağlık sorununun kalbine inmenin bir yolu ise sadece Küba'yı gezip bu kooperatifleri ve iş merkezlerini yapan insanları tanımak değil, bu insanların hastalıklarını, çektikleri acıları, yıllardır süren kronik sefaletlerini, baskı ve boyun eğme altında geçen yüzyılların mirasını bulup çıkarmaktır. Doktor, sağlık işçisi yeni görevinin çekirdeğine gitmelidir; bu da kitlenin içindeki insan, kolektivitenin içindeki insandır.

Her zaman, dünyada ne olursa olsun, doktor hastasına çok yakındır ve onun ruhunu derinliklerine kadar bilir. Çünkü o acıya/ıstıraba müdahale eden ve onu dindirendir, toplum için paha biçilmez bir emek sarf eder.

Birkaç ay önce, Havana'da, burada, yeni mezun bir grup doktor ülkenin kırsal bölgelerine gitmek istemedi ve gitmek için daha fazla ücret talep ettiler. Geçmişin bakış açısına göre böyle bir şeyin yaşanması dünyadaki en mantıklı şeydir; en azından bana öyle geliyor, ben bunu gayet iyi anlayabilirim. Bu durum, bana birkaç yıl önce ne olduğumu ve ne düşündüğümü hatırlattı. Benimkisi isyancı gladyatörün yeni baştan başlayan hikâyesi, daha iyi bir gelecek ve daha iyi koşulları güvence altına almak ve insanların ona ihtiyacı olduğunu göstermek isteyen dayanışma savaşçısı-

nın hikâyesi.
Peki, aileleri tarafından okul masrafları yıllar boyu karşılanabilen bu çocuklar değil de, daha az şanslı, sıradan çocuklar bu okulları bitirmiş ve hekimlik mesleğini icra etmeye başlamış olsalardı ne olacaktı? Üniversite koridorlarında, iki-üç yüz köylü belirseydi, farz edelim öyle olsaydı ne olacaktı?
Ne mi olacaktı, bu köylüler kendi kardeşlerine yardım etmek için hemen ve içten bir heyecanla koşacaklardı. Yıllar boyu aldıkları eğitimin boşuna olmadığını göstermek için en zor ve en büyük sorumlulukları gerektiren işleri isteyeceklerdi. Ne mi olacaktı, önümüzdeki altı ya da yedi yıl içinde her meslek dalında yeni öğrenciler, işçilerin ve köylülerin çocukları mezun olduklarında ne olacaksa o olacaktı. Fakat geleceğe kaderci bir gözle bakmamalı ve insanları işçilerin-köylülerin çocukları ve karşı-devrimcilerin çocukları diye ayırmamalıyız, çünkü bu basite indirgemektir, çünkü doğru değildir, çünkü onurlu bir insan yetiştirmesi için bir devrim içinde yaşamaktan daha iyisi yoktur. Hiçbirimiz, Granma'ya ulaşıp Sierra Maestra'ya yerleşen ve birlikte yaşayarak köylüye ve işçiye saygı duymayı öğrenen ilk gruptan hiçbirimiz köylü ya da işçi sınıfı kökenli değildik. İçimizde çalışmak zorunda kalmış olanlar, çocukluğunda kimi yoksunluklar çekmiş olanlarımız doğallığında vardı; ama açlık, gerçek açlık denen şey hiçbirimizin daha önceden tattığı bir şey değildi. Fakat Sierra Maestra'daki iki uzun yıl boyunca bunu öğrenmeye başladık. Ve ardından çoğu şey oldukça netleşti.
Sıradan bir insanın hayatı ne kadar değerlidir?
Zengin bir köylünün ya da toprak sahibinin dahi mülkiyetine dokunulduğunda şiddetle cezalandıran biz, bir gün Sierra'ya on bin baş sığır getirdik ve köylülere basitçe şöyle dedik, "Yiyin." Ve köylüler, yıllar ve yıllar boyu ilk kez olmak üzere, bazıları da hayatlarında ilk kez sığır eti yediler.
O on bin baş sığır için kutsal özel mülkiyet hakkına duyduğumuz saygıyı silahlı mücadele kursunda yitirdik ve şunu

gayet iyi anladık ki sıradan bir insanın hayatı dünyanın en zengin adamının bütün mülkiyetinden milyon kez daha değerlidir. Ve biz, ne işçi sınıfından ne de köylü sınıfından olan biz bunu öğrendik. Peki, biz ayrıcalıklılar, dört rüzgara Küba'nın geri kalanının bunu öğrenemeyeceğini mi anlatacağız? Öğrenebilirler, hatta devrim bugün onların öğrenmesini istiyor, birinin komşusuna hizmet edilmesinin gururunun iyi bir maaştan çok daha önemli olduğunun iyice anlaşılmasını istiyor; birisinin biriktirebileceği tüm altınlardan daha nihai ve daha kalıcı olan şey bir halkın minnettarlığıdır. Ve her doktor, kendi faaliyeti çerçevesinde o kıymetli hazineyi, halkının minnetini toplayabilmeli ve toplamalıdır. Sonra, tüm eski kavramlarımızı silmeli ve halka daha da yakınlaştırmalı ve gittikçe bilinçlenmeliyiz. Onlara eskisi gibi yaklaşmamalıyız. Hepiniz diyeceksiniz ki, "Hayır. Ben halkı severim. İşçilerle ve köylülerle konuşmaktan hoşlanırım ve Pazar günleri onları görmeye oraya buraya giderim, falan." Bunu herkes yaptı. Ama bunu hayırseverlik için yaptık ve bugün hayata geçirmemiz gereken şey dayanışmadır. İnsanlara gidip şunu söylememeliyiz, "İşte buradayız. Size kendi varlığımızın hayrını sunmaya, size bizim bildiklerimizi öğretme, hatalarınızı, kültürsüzlüğünüzü, cahilliğinizi göstermeye geldik." Bunun yerine araştırıcı bir zihin ve alçakgönüllü bir ruhla halkın devasa bilgelik kaynağında öğrenmeye gitmeliyiz.

Sonra, çok defa, bizim bir parçamız haline gelecek ve düşüncemizin otomatik bir parçası olacak kadar alıştığımız kavramlarda yanıldığımızın farkına varacağız. Sık sık kavramlarımızı değiştirme ihtiyacı duyacağız; sadece sosyal ve felsefi alandaki genel kavramlarımızı değil bazen tıp alanındaki kavramlarımızı da değiştirme ihtiyacı duyacağız.

Hastalıkların her zaman büyük şehirlerdeki hastanelerde olduğu gibi tedavi edilmesine gerek olmadığını göreceğiz. Bir doktorun tarımsal ve potansiyel anlamda dünyanın en zengin ülkelerinden biri olan Küba'nın oldukça yoksul ve sınırlı olan besin yapısını zenginleştirmek ve yeni yiyecek

talebini karşılayabilmek için aynı zamanda bir çiftçi olmak ve yeni gıdalar yetiştirmek zorunda olduğunu göreceğiz. Sonra, nasıl olmak zorunda olduğumuzu göreceğiz; biraz eğitsel, zaman zaman da çok eğitsel. Politikacılar olmak gerekecek ve o zaman ilk yapmamız gereken şey halka bilgeliğimizi sunmak için gitmek olmamalı. Biz, aslında, halkla birlikte öğreneceğimizi, o büyük ve güzel ortak tecrübemizi yani yeni bir Küba'nın inşasını birlikte başaracağımızı göstermek için gitmeliyiz.

Çürümüş bir sistemin yıkıntıları üzerinde halihazırda pek çok adım atıldı. 1 Ocak 1959 ile bugün arasında bildik geleneksel ölçülerle hesaplanamayacak bir mesafe var. Halkın çoğunluğu uzun zaman önce anladı ki burada devrilen sadece bir diktatör değil bir sistemdi. Şimdi de halkın öğrenmesi gereken bölüm geliyor, çürümüş bir sistemin yıkıntıları üzerinde halkın mutlak mutluluğunu getirecek yeni bir sistemin inşası.

Geçen yılın ilk aylarında bir zaman, yoldaş Guillen'in Arjantin'den gelişini hatırlıyorum. Belki kitaplarının çevrildiği diller bugünkünden bir ya da iki daha azdı -ki her gün dünyanın bütün dillerinden yeni okurlar ediniyor- ama O, yine bugünkü büyük şairdi. Ne var ki, Guillen için şiirlerini, halkçı şiir olan eserlerini, halkın şiirlerini burada okumak zordu, çünkü o zaman henüz ilk dönemdi, ön yargıların dönemiydi. Ve yıllar ve yıllar boyu hiç kimse şair Guillen'in olağanüstü şiirsel yeteneğini halkına ve inandığı davaya adadığını düşünmek için sabit fikirlerini bir kenara bırakıp bir an olsun duraksamadı. Halk onu Küba'nın onuru olarak değil yasaklı bir siyasi partinin temsilcisi olarak gördü.

Şimdi, bütün bunlar unutuldu. Eğer ortak bir düşmanımız ve ortak bir hedefimiz varsa, ülkemiz içindeki bazı farklı yapıların farklı bakış açılarının ayrılıklara sebep olmayacağını öğrendik.

Üzerinde anlaşmamız gereken şey, ortak bir düşmanımız olup olmadığı, ortak bir hedef için uğraşıp uğraşmadığımızdır.

Şu an itibarıyla, ortada kesinlikle ortak bir düşman olduğuna kani olmamız gerekiyor. Hiç kimse, tekellere karşı bir fikir beyan etmeden ya da "Bizim düşmanımız ve tüm Amerika'nın düşmanı, tekelci ABD hükümetidir" diye açıkça konuşmadan önce omzunun üstünden bir kulak misafiri olan -belki elçilikten, istihbarat taşıyacak bir ajan- var mı diye bakmıyor. Eğer şimdi herkes düşmanın kim olduğunu biliyorsa ve o düşmana karşı savaşan herhangi birinin bizimle ortaklığı olduğu anlaşılmaya başlıyorsa, artık ikinci bölüme geliyoruz. Küba için hedeflerimiz nelerdir? Ne istiyoruz? Halkın mutluluğunu istiyor muyuz, istemiyor muyuz? Küba'nın tam ekonomik özgürlüğü için savaşıyor muyuz savaşmıyor muyuz?

Herhangi bir askeri bloka dahil olmadan, burada alınacak herhangi bir iç ve dış kararla ilgili olarak dünya üzerindeki herhangi bir süper gücün elçiliğine danışmak zorunda olmadan, özgür uluslar içinde bir özgür ulus olmak için mücadele ediyor muyuz, etmiyor muyuz? Eğer çok fazla şeyi olanlardan alıp hiçbir şeyi olmayanlara vermek için zenginliği yeniden bölüştürmeyi planlıyorsak; eğer yaratıcı çalışmayı mutluluğumuzun gündelik, dinamik kaynağı haline getirmek istiyorsak, artık ulaşmak için çalışacağımız hedeflerimiz vardır. Ve aynı hedeflere sahip olan biri bizim dostumuzdur. Eğer onun ayrıca başka fikirleri de varsa, eğer kimi organizasyonlara ya da bir başka şeye dahilse bunlar önemsiz şeylerdir.

Büyük tehlike anlarında, büyük gerilim ve büyük yaratılış anlarında önemli olan büyük düşmanlar ve büyük hedeflerdir. Eğer şimdi anlaştıysak, eğer hepimiz nereye gittiğimizi biliyorsak –ve bırakın bu kimi üzerse üzsün- artık işimize başlayabiliriz.

Devrimci bir doktor olmak

Size, bir devrimci olmak için öncelikle bir devrime sahip olmanız gerektiğini anlatıyordum. Biz buna zaten sahibiz. Sonra, birlikte çalışacağınız halkı tanımalısınız. Henüz iyice tanışmadığımızı düşünüyorum, öyle ki bu yolda bir süre

daha ilerlememiz gerekiyor. Bana, halkı tanımanın kooperatiflerde onlarla birlikte yaşamak ve çalışmaktan başka yolları nelerdir diye soracaksınız. Herkes bunu yapamaz ve sağlık işçisinin varlığının çok önemli olduğu pek çok yer var. Devrimci milis kuvvetleri Küba halkının dayanışmasının en büyük tezahürlerinden biridir diyeceğim. Milis kuvvetleri şimdi doktora yeni bir görev veriyor ve onu, kısa bir süre öncesine kadar geçerli olan şeye, Küba için üzücü ve hemen hemen ölümcül olan gerçekliğe, yani büyük çaplı bir askeri saldırıya maruz kalacağımız gerçeğine hazırlıyor. Sizi şu konuda uyarmalıyım; doktor bir devrimci ve asker görevindeyken her zaman bir doktor olmalıdır. Bizim Sierra'da düştüğümüz hatanın aynısına siz düşmemelisiniz. Ya da belki de o bir hata değildi, fakat o dönemden bütün sağlıkçı yoldaşlar bunu biliyor. Yaralı birinin ya da bir hastanın yanında kalmak bize onursuzluk gibi göründü ve bir tüfek kapıp yapabileceklerimizi savaş alanında ispatlamaya gitmenin bir yolunu/mümkününü aradık.
Şimdi koşullar farklı ve ülkeyi savunmak için kurulan yeni ordular değişik taktiklerin orduları olmalı. Yeni ordunun planı içinde doktorun çok büyük bir önemi olacak. O, var olan en güzel ve bir savaşın en önemli görevlerinden biri olan doktorluğa devam etmelidir. Ve sadece doktorlar değil, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri ve kendini bu çok insani işe adayan tüm herkes son derece önemlidir.
Her ne kadar gizli tehlikeyi biliyor ve atmosferde hala var olan bu saldırı havasını def etmek için kendimizi hazırlıyorsak da, bunun hakkında düşünmeyi bırakmalıyız. Eğer ilgi merkezimizi savaş hazırlıkları olarak belirlersek, kendimizi yaratıcı çalışmaya adamamız mümkün olamaz. Askeri bir eylem için yapılan tüm çalışma ve maddi yatırımlar çöpe atılmış emek ve çöpe atılmış paradır. Ama maalesef bunu yapmalıyız, çünkü kendilerini buna hazırlayan başkaları var. Fakat şurası gerçek ki -ve bir asker olarak şerefim üzerine tüm samimiyetimle söylüyorum- harcamalar içinde beni en çok üzen, Ulusal Banka'nın kasasından birkaç silah

daha alınsın diye çıktığını gördüğüm paradır.
Bununla birlikte, milis kuvvetlerinin barış zamanında da bir görevi vardır; milis kuvvetleri, yoğun nüfuslu merkezlerde, halkı birleştirmenin bir aracı olmalıdır. Doktorların milis kuvvetlerinde olağanüstü bir dayanışma hayata geçirilmelidir. Tehlike zamanlarında, hemen yoksul Küba halkının sorunlarını çözmeye gitmelidirler. Ama milis kuvvetleri aynı zamanda, bir üniformayla birleştirip eşitleyerek, Küba'nın bütün sosyal sınıflarından insanlarla birlikte yaşamak için bir olanak da sunar.
Biz sağlık işçileri
Eğer biz sağlık işçileri –bir zamanlar unutmuş olduğum bu unvanı bir kez daha kullanmama izin verin- başarılıysak, eğer dayanışmanın bu yeni silahını kullanıyorsak, eğer hedefleri biliyorsak, düşmanı biliyorsak ve gitmemiz gereken yönü biliyorsak artık bizim için geriye sadece bu yolun her bir gün aşılacak parçasını / adımını bilmek kalıyor. Ve bu adımı bize hiç kimse gösteremez; bu adım her bireyin kendi özel yolculuğudur. Bu adım, kişinin kendi bireysel deneyiminden edinecekleri ve halkın iyiliğine adanmış işini yaparken kendinden verecekleridir.
Şimdi geleceğe doğru yürüyüşümüz için tüm her şeye sahipken, hadi Marti'nin tavsiyesini hatırlayalım. Şu an için ben bunu bilmezlikten geliyorsam da, biri daima örnek almalı "Anlatmanın en iyi yolu yapmaktır." Hadi, artık, Küba'nın geleceğine doğru yürüyelim.
[Ocak 2005 tarihli Monthly Review dergisindeki İngilizcesinden Sendika.Org tarafından çevrilmiştir]

*Okuma 3. Nikaragua Deneyimi*

Nikaragua'nın kaderi, birçok Amerika ülkesi gibi 1500'lerde İspanyolların bu kıtayı sömürgeleştirmeye başlamasıyla değişmiş ve ülke bir köle pazarı haline gelmiştir. 300 yıllık acımasız bir sömürünün ardından bağımsızlığını 1821'de kazanmışsa da kısa bir süre sonra İspanyolların yerini ABD alarak Nikaragua'yı yeniden sömürgeleştirmiş ve kahve ihracatçısı bir tarım ekonomisi haline getirmiştir. ABD bu süreçte egemenliğini sürdürebilmek amacıyla ülkeyi işgal etmiş[8] ve ülkenin başına Anastasio Somoza Garcia'yı[9] (1896 - 1956) getirerek askerlerini çekmiştir[10].

50 yıla yakın bir süre devam eden Somoza döneminde Nikaragua'nın sağlık durumunu gösteren güvenilir veriler bulunmamaktadır. Ülkenin bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü'ne ilettiği veriler, Nikaragua'nın yalnızca % 25'ini temsil etmektedir. 1977 yılında yapılmış bir çalışma ülkede bebek ölüm hızının binde 150, doğuşta yaşam beklentisinin 52.9 yıl olduğunu göstermektedir. Ülkenin en önemli sağlık sorunları arasında ilk sırayı sıtma almaktadır[11].

Somoza döneminde sağlık hizmetleri, eyaletlerdeki bağımsız sağlık müdürlükleri ve dört ayrı kurum tarafından sunulmaktadır. 1957 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu nüfusun yalnızca % 8.4'üne (maaşla çalışanlar) hizmet vermektedir. Kiliselere bağlı hastanelerde hizmetler ücret karşılığında sunulmaktadır. Yalnızca

[8] 1909'dan 1936'ya kadar üç kez.

[9] Öldürülmesinden sonra yerine oğlu Luis Anastasio Somoza Debayle geçmiştir. 1974 - 1979 döneminde Nikaragua başkanlığı yapan Anastasio ("Tachito") Somoza Debayle ise Anastasio Somoza Garcia'nın üçüncü oğludur.

[10] Somoza diktatörlüğü altında Orta Amerika'da ABD'nin jandarmalığını üstlenen Nikaragua, 1954'de Guatemala ve 1965'de Dominik Cumhuriyeti'ndeki ilerici hareketlerin bastırılmasında rol oynamıştır. Yine Küba'ya karşı ABD tarafından 1961 yılında örgütlenen Domuzlar Körfezi "çıkartması" Nikaragua üzerinden gerçekleştirilmiştir.

[11] 1930'larda halkın % 60'ı sıtmalıdır. 1934 - 1948 yılları arasında sıtma ölümlerin % 22.4'ünden sorumludur.

güvenlik güçleri, bu kesimlere hizmet sunan kurumlarda göreli kaliteli sağlık hizmetine ulaşabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sermayenin gereksinimlerine göre örgütlendiği ülkede kırsal kesim tamamen kendi kaderine terk edilmiştir. Bir araştırma kırsal alandaki sağlık emekgücünün % 80'ini geleneksel iyileştiricilerin oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunun nedenlerinden biri de, ülkedeki hekim ve sağlık emekçisi kıtlığıdır. 1970'lerin sonlarında yalnızca 1.300 hekim bulunan ülkede hemşire sayısı hekim sayısının % 43'ü kadardır.

Yirminci yüzyılın son devrimci dalgaları Orta Amerika sahillerine vurmuş ve 1979 Mart'ında Grenada ve birkaç ay sonra (Temmuz) Nikaragua emekçileri, ABD emperyalizmini ve ülkelerindeki işbirlikçilerini alt etmeyi başarmışlardır[12]. Grenadalı emekçiler ABD'nin yoğun baskısına direnememişse de, Nikaraguali emekçiler bir süre ülkelerine egemen olmayı başarmışlardır.

Nikaraguali emekçilerin egemenliği ellerine alır almaz ilk işlerinden biri sağlık hizmetlerini ve tıbbı emeğin gereksinimlerine göre örgütlemeye başlamak olmuştur.

Latin Amerika ülkelerindeki toplumcu tıp deneyimlerinin ayırt edici özelliklerinden biri, bu ülkelerde sağlık emekçilerinin (hekimler dahil) emek hareketleri içinde önemli bir rol oynamaları, hatta önderlik etmeleridir[13]. Kuşkusuz bu durum emeğin egemen olduğu Latin Amerika ülkelerinde, sağlık hizmetlerinin emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesini büyük ölçüde kolaylaştırmış-

[12] 1962 yılında kurulan Sandinist Ulusal Kurtuluş Cephesi (*Frente Sandinista de Liberation Nacional, FSLN)* 19 Temmuz 1979'da Somoza diktatörlüğünü yıkmayı başarmıştır.

[13] Kuşkusuz hekim devrimciler arasında akla ilk gelen isimler Dr. Salvador Allende ve Dr. Ernesto Che Guevara'dır fakat bunlar yanında devrimci mücadelede etkin roller almış çok sayıda sağlık emekçisi vardır. (Kosta Rika'dan Calderon, El Salvador'dan Romero ve Castillo, Nikaragua'dan Bolanos ve Rosales, Honduras'tan Morales ve Alvarado)

tır[14].

Nikaragua'da kurulan emek hükümeti devrimden 19 gün sonra sağlık hizmetlerinin ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesi yönünde ilk adımı atmış ve kurulacak yeni sistemin ilkelerini şöyle sıralamıştır:

- Sağlık herkes için bir haktır
- Sağlık hizmetleri devletin sorumluluğunda olacaktır
- Sağlık politikalarının belirlenmesinde her aşamada toplum katılımı sağlanacaktır
- Bütün sağlık hizmetleri bölgesel bazda ve sistematik olarak planlanacaktır.
- Yeni sağlık sisteminde üç alana vurgu yapılmaktadır:
- İşçi sağlığı
- Anne ve çocuk sağlığı
- Temel sağlık hizmetleri

Şüphesiz emek hükümetinin en büyük sorunu, diğer örneklerde olduğu gibi yeni sağlık sisteminin gereksindiği çok sayıda sağlık emekçisi yetiştirilmesidir. Ancak Sandinista Ulusal Kurtuluş Cephesi (Frente Sandinista de Liberación Nacional-FSLN) önderleri önce toplumcu tıbbın babası Rudolf Virchow'un Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu'nda öğütlediği gibi işe "toprak reformuyla" başlamış ve böylece Nikaragualıların sağlığında önemli iyileşmeler sağlanmıştır.

Nikaragua'daki toplumcu tıp deneyiminin öne çıkan yönlerinden biri "sağlık hizmetlerine toplum katılımı" olarak belirginleşmektedir. Ancak burada anılan "katılım", sermaye egemenliğindeki ülkelerde kurumların kendi amaçlarına ulaşmak için insanları kullanması anlamında kullanılmamaktadır. Nikaragua'da katılımın amacı

[14] Burada Ocak 1979'da gazeteci Pedro Joaquin Chamarro'nun katledilmesinin yıldönümünde düzenlenen gösterilere katılanların öldürülmesini protesto amacıyla Nikaragua'nın başkenti Managua'da açlık grevi yapan Nikaragualı hekimleri anmak gerekir. Devrimden sonra ülkedeki 1.300 hekimden yalnızca 300'ü ülkeyi terk etmiştir.

insanları "güçlendirmektir". Emekçilerin hizmetlerin ve üretimin planlamasından örgütlenmesine, sunumundan denetlenmesine kadar her düzeyde katılımı, politik ve ekonomik gücün emekçilerin eline verilmesinin bir aracı olarak kullanılmaktadır. Emekçiler kararlara örgütleri aracılığıyla katılmakta ve son sözü emekçiler söylemektedir.

Nikaragua deneyiminin diğer bir ayırt edici yönü ise, sermayenin politik olarak yenilmesine karşın mülksüzleştirilememesi ve karma ekonomi içinde önemli bir ekonomik gücü elinde tutmasıdır[15]. Nikaragualı emekçiler yeni düzende burjuva partilerin varlığına göz yummak zorunda kalmışlardır.

Bu koşullar altında FSLN sağlık alanında birbirlerinden bağımsız hareket eden kurum ve kuruluşları Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplamış ve Birleşik Ulusal Sağlık Sistemi'ni örgütlemiştir. Managua'da ülkenin ikinci tıp fakültesini açan FSLN kısa zamanda ülkenin tıp öğrencisi sayısını dört kat arttırmıştır. Devrim öncesinde ülkedeki hekimlerin % 65'i kamuda görevlidir[16], fakat bu hekimler aynı zamanda özel muayenehanelerinde veya özel sağlık kurumlarında da bedeli karşılığında sağlık hizmeti satmaktadırlar. Devrimden sonra bu hekimlerin kamuda hizmet sundukları süre günde 6 saate çıkartılmıştır. Bu uygulama hekimlerin tepkisine neden olmuştur. Bir günlüğüne iş bırakan hekimler, hükümeti topluca Miami'ye göç etmekle tehdit etmişlerdir. Bu gelişme ülkedeki hekimleri ikiye bölmüş ve 1981 yılında emekten yana hekimler hükümeti desteklemişlerdir.

Bu dönemde Küba'nın sergilediği enternasyonalist dayanışma da, Nikaragua'da sağlığın ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. 800 kadar Kübalı sağlık emekçisi Nikaragua'nın sağlık emekçisi açığının kapatılmasında

[15] Benzer bir deneyim Şili'de Halk Cephesi hükümeti döneminde de yaşanmıştır.
[16] Kamu kurumlarında günde birkaç saat hizmet sunmaktadırlar.

rol almışlardır.

Devrimden sonra tıp eğitiminin emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesi için önemli adımlar atılmıştır. Diğer sosyalist ülkelerde olduğu gibi eğitimde uygulamaya ağırlık verilmiş ve öğrenciler "sahaya" çıkartılmıştır. Bu kapsamda öğrencilere halk eğitimi programlarında, toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi için yürütülen araştırmalarda, ev ev dolaşılarak gerçekleştirilen bağışıklama etkinliklerinde görev verilmiştir. Tıp öğrencileri ayrıca yerel halk sağlığı bürolarında yönetici yardımcısı olarak görev almışlardır.

Bu çalışmalar arasında en önemlisi, öğrencilerin işyerlerinde işçi sağlığını ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde önleyici ana-çocuk sağlığı hizmetlerini öğrenmek üzere staja gönderilmeleridir. Böylece sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenmiş olan hastane temelli eğitimin olumsuzlukları bir ölçüde giderilmeye çalışılmıştır.

Devrimden sonra hemşire sayısını arttırabilmek için hemşirelik okullarına devrim öncesindekinin beş katı öğrenci kabul edilmeye başlanmıştır[17]. Ayrıca bu alandaki açığı kapatabilmek için okur-yazarlara yönelik 10 aylık hemşire yardımcılığı ve ilkokul mezunlarına yönelik 2 yıllık teknik hemşirelik programları açılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın devrim sonrası başlattığı diğer bir program ise *brigadistas* adı verilen paramedik eğitim programıdır. Bu program için adaylar gençlik örgütlerinden seçilmektedir. Yedi aylık bir eğitimden sonra kırsal alanlara gönderilen gençler 2 yıl hizmet ettikten sonra sağlık eğitimcisi veya hekim olmak üzere yüksek öğretim alma hakkı kazanmaktadırlar[18]. Paramedikler bağışıklama, sıtma mücadelesi ve sanitasyon kampanyalarında da görev almışlardır[19]. Ayrıca bu kam-

[17] Bu okullara lise mezunları kabul edilmekte ve 3 yıllık yüksek eğitimle profesyonel hemşire olunmaktadır.

[18] Hekimlerin bu programa karşı çıkmaları nedeniyle planlandığı gibi uygulanamamıştır.

[19] 1984 yılında *brigadistas* programına katılanların sayısı 25 bine (ülke nüfusunun

panyalarda ülkenin bütün emekçileri de seferber edilmiş ve nüfusun % 10 kadarı kampanyalar çerçevesinde kısa süreli kurslarda ve halk sağlığı alanında eğitilmiş ve kampanyalarda görevlendirilmişlerdir. Bu kampanyalara sendikalar ve diğer emek örgütleri de katılmıştır.

Bu çalışmalar kısa zamanda ürünlerini vermiştir. Bebek ölüm hızı birkaç yıl içinde binde 80'e düşürülmüş ve aşıyla korunulabilen hastalıklarda dramatik iyileşmeler yaşanmıştır. Doğuşta yaşam beklentisi 67.7 yıla çıkmıştır.

**Kaynaklar**

**Braveman, P. ve Roemer, M. (1985). Health Personnel Training in the Nicaraguan Health System.** International Journal of Health Services, 15(4): 699 – 705.

**Garfield, R. ve Halperin, D. (1983). Health Care in Nicaragua.** The New England Journal of Medicine, 309 (21): 193.

**Garfield, R. ve Rodriguez, P. (1985). Health and Health Services in Central America.** Journal of American Medical Association, 254 (7): 936 – 943.

**Garfield, R. ve Taboada, E. (1984). Health Services Reforms in Revolutionary Nicaragua.** American Journal of Public Health, 74(10): 1138 – 1144.

**Halperin, D. ve Garfield, R. (1982). Developments in Health Care in Nicaragua.** The New England Journal of Medicine, 307 (5): 388 – 392.

**Heiby J. (1981). Low-cost Health Delivery Systems: Lessons from Nicaragua.** American Journal of Public Health, 71 (5): 514 – 519.

**Williams, G. (1985). Immunisation in Nicaragua.** Lancet, 8458 (5): 780.

% 1'i) ulaşmıştır.

# 6. Bölüm
# Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Günümüzde insanların aklına sağlık dendiğinde hasta olduklarında başvurdukları sağlık kurumları gelmekte, sağlık sorunlarından ise hastalıkların ötesinde genellikle sağlık hizmetlerine ulaşabilme veya bu hizmetlerin bedelini ödeyebilme sorunları anlaşılmaktadır. Ancak bu sorunlar toplum içinde herkesi aynı ölçüde etkilememektedir. Maddi yönden refah içinde yaşayan belli bir toplumsal kesim dilediği zaman istediği kadar sağlık hizmetini yurt içinden veya dışından bedelini ödeyerek alabilme gücüne sahip olduğundan, sağlık sorunları aslında *ödeme gücü olmayanların sorunudur* demek abartılı olmaz.

Tarihsel olarak bu sorunun çözümüne yönelik ortaya atılmış öneriler iki ana başlıkta toplanabilir: Birincisi, *sigorta sistemi* olup bu sistemde devlet veya özel sektör tarafından oluşturulan sigortalara ödenen prim karşılığında gereksinim duyulduğunda düzeyi sigorta tarafından belirlenen bir sağlık hizmeti kamusal veya özel sektörden alınabilir. İkincisi *ulusal sağlık hizmeti sistemi* veya *sosyalleştirme*dir; bu sistemde devlet sağlık hizmetlerini genel bütçeden karşılar, sağlık hizmetlerini kendisi sunar veya özel sektörden satın alır. Genellikle uygulamada bu iki sistemin değişik oranlarda kombine edildikleri karma sistemler yürürlüktedir. Bazı ülkelerde devlet sigorta sistemine genel bütçeden kaynak aktarmakta, diğerlerinde ulusal sağlık hizmeti tarafından genel bütçeden yeterince karşılanamayan hizmetler için maddi durumu daha uygun olanlar özel sigortalardan paketler satın almaktadır. Genellikle ağız ve diş sağlığı

hizmetleri ile eczacılık hizmetlerinin bir bölümü her iki sistem tarafından kapsam dışı bırakılmaktadır.

Sonuç olarak *ödeme gücü olmayanlara* çeşitli yöntemlerle "belirli bir düzeyde standartlaştırılmış" bir sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Bu "*düzeyi*" belirleyen iki faktör vardır: Birincisi, kapitalist üretimin (sermayenin) optimum üretkenliği sağlayacak (en azından işçinin işe gelebileceği ve işin gereklerini fiziksel ve mental bakımdan karşılayabileceği) emek gereksinimi; ikincisi, sağlık hizmetine gereksinimi olan emeğin bilinç ve örgütlülük düzeyi. Sermaye kar oranını koruyabilmek için standartlaştırılmış sağlık hizmetlerini asgari düzeyde tutmaya çalışırken, emek bu düzeyi yükseltebilmek için mücadele eder. Bir ülkede, belli bir andaki asgari sağlık hizmetinin düzeyi bu çatışmanın bir ürünüdür.

**Sağlık Hakkı Mücadelesi ve Sosyalleştirme Yaklaşımları**

Sermayenin sağlık sorunlarına yaklaşımına karşı emeğin talepleri ilk kez 19. yüzyıl ortalarında F. Engels (*İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu*) ve R. Virchow (*Yukarı Silezya'da Tifüs Salgını Üzerine Rapor*) tarafından formüle edilmiştir. Engels'in çalışmalarından geniş ölçüde yararlanan Virchow, yayınladığı *Tıpta Reform* dergisinde sağlık hizmetlerinin emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesinin ilkelerini sıralamıştır:

- genel bütçeden finansman,
- devlet kurumlarında, devlet görevlisi sağlık emekçileri tarafından ücretsiz sunum,
- koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi.

Bu ilkeler kısa zamanda emek için bir *sağlık programı* haline gelmiş ve işçi sınıfı sağlık alanındaki ekonomik-demokratik (sendikal) ve siyasal mücadelesini uzun yıllar bu talepler üzerinden örgütlemiştir.

Tarihte emek ilk kez Paris'te iktidara gelmiştir. 18 Mart ile 28 Mayıs 1871 tarihleri arasında iki aydan biraz uzun bir süre için iktidarda kalan Paris Komünü, sağlık hizmetlerini toplumun ezici çoğunluğunu oluşturan emeğin gereksinimlerine göre örgütleme çabası içine girmişse de bu alanda önemli adımlar atılamamıştır. Ancak bu deneyimden işçi sınıfı kadar sermaye de önemli dersler çıkartmış ve işçi sınıfı üzerindeki egemenliğini sürdürebilmek için emekçilere bazı toplumsal ve ekonomik

tavizler verilmesi gerektiğini savunan sosyal demokrasi, burjuva liberal ve muhafazakar fraksiyonlar yanında yerini sağlamlaştırmıştır.

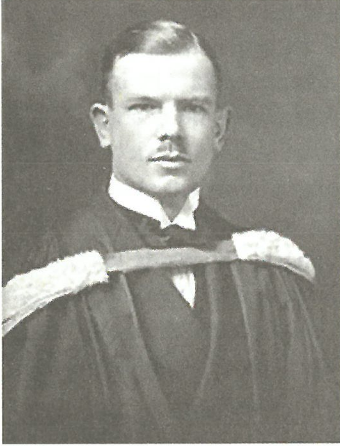
Emeğin sağlık alanındaki talepleri ilk olarak başta Almanya olmak üzere işçi sınıfının en örgütlü olduğu ve mücadelesinin doruğa ulaştığı kıta Avrupa'sında sosyal demokrat burjuva partilerin ve emek partilerinin programlarına yansımıştır. Almanya yükselen muhalefeti şiddetle bastırırken, sosyal alanlarda da bazı tavizler vermek zorunda kalmıştır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında emeğin taleplerini bir ölçüde karşılamak amacıyla *Bismarkçı sosyal politikalar* bu dönemde formüle edilmişlerdir. Sigorta sistemleri aracılığı ile emekçilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran bu düzenlemeler, sağlığın işçi sınıfı üzerindeki yükünü, burjuvazinin katkısıyla bir ölçüde hafifletmeyi amaçlamıştır.

20. yüzyıla girildiğinde işçi sınıfı ile burjuvazi arasındaki mücadelenin merkezi doğuya kaymış ve Çarlık Rusya'sı 1917 yılında emekçilere teslim olmuştur. Çarlık Rusya'sı yerine kurulan Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri Virchow'un ilkeleri temelinde *sosyalleştirilmiş* ve tarihte ilk kez genel bütçeden finanse edilen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin, devletin sağlık kurumlarında, kamu görevlisi sağlık emekçileri eliyle herkese eşit ve ücretsiz sunulduğu *dispanserler* açılmıştır.

Emeğin dünya coğrafyasının altıda birinde sağlık alanında elde ettiği bu kazanımların yankıları büyük olmuştur. Kapitalist dünyada sermaye sağlık alanında daha fazla tavizler vermek zorunda kalırken, bu ülkelerde burjuvaziye karşı mücadele eden emekçiler sağlık taleplerini daha gür bir sesle dile getirmeye başlamışlardır.

1930'lu yıllarda emeğin sağlık programı bir Latin Amerika ülkesi olan Şili'de yaşama geçme olanağı bulmuştur. Kendisi de Virchow gibi bir patoloji uzmanı olan ve faşizmin güçlenmeye başlaması üzerine Almanya'dan ayrılarak Şili'ye göçmek zorunda kalan Virchow'un asistanları tarafından eğitilen *Dr. Salvador Allende*, 1936'da kurulan Halk Cephesi hükümetinde Sağlık Bakanlığı'na getirilmiştir.

Allende bu dönemde Virchow tarafından ortaya konan toplumcu tıp ilkelerini geliştirerek, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*'ni ilk kez ortaya koymuştur. 1939 yılında kaleme aldığı *Şili'nin Mediko-sosyal Gerçekliği* adlı



Norman Bethune

çalışmasında Virchow'un ilkelerine ek olarak *emeğin barınma, beslenme, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ülke kaynaklarının yurttaşlar arasında eşit dağıtılmasının* sağlıklı bir toplum bakımından önemini vurgulamıştır.

Aynı yıllarda, Kuzey Amerika'da hekimlik yapmakta olan *Dr. Norman Bethune,* Kanada'nın Quebec eyaletinde hükümete sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için bir rapor sunmuştur. Sağlık sorunlarının ancak *hastalıkları üreten ekonomik sistemin değiştirilmesiyle* çözülebileceğini savunan Bethune, sağlık hizmetlerinin *kamusal mülk haline getirilmesini ve ücretsiz sunulmasını* talep etmiştir.

Sağlık alanındaki bu ilerici gelişmeler, Avrupa'da faşizmin tırmanışıyla gerilemeye başlamıştır. Emek düşmanı faşist hükümetler iktidara geldikleri veya zorla ele geçirdikleri ülkelerde emeği köleleştirerek, sağlık da içinde olmak üzere emek lehine kazanılmış bütün hakları rafa kaldırmışlardır. Batı'da toplumcu tıbbın yeniden dirilmesi ancak faşizmin yenilmesinden sonra mümkün olabilmiştir. Sovyetler Birliği'nin ve ilerici güçlerin önemli katkılarıyla kurulan Dünya Sağlık Örgütü, toplumcu sağlık anlayışını yansıtan bir sağlık tanımı yaparak, sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinimlerine göre örgütlenme çabalarına hız katmıştır.

20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde emeğin sağlık programı artık dünya coğrafyasının üçte birinde yaşama geçirilmektedir. Sosyalist hükümetlerin iktidara geldiği Doğu Avrupa ülkeleri ve Çin'de sağlık bir *meta* olmaktan çıkartılmış ve emeğin gereksinimlerine göre yeniden örgütlenmiştir. Bu süreçte Sovyetler Birliği'nin 1917'den beri sağlık alanında edindiği çeyrek yüzyılı aşkın birikimlerden yararlanan bu yeni sosyalist ülkeler, sağlık alanında kısa sürede özellikle bulaşıcı hastalıklar, koruyucu ve önleyici tıp ve işçi sağlığı alanlarında önemli başarılara imza atmışlardır.

İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında emeğin sağlık programı karşısında

kayıtsız kalamayan sermaye, kapitalizmin kalelerinde yükselen işçi sınıfı mücadelesini dindirebilmek için sağlık alanında ciddi tavizler vermeye başlamıştır. Bu dönemdeki en önemli sosyalleştirme faaliyeti İngiltere'de gerçekleşmiştir. Gazanfer Aksakoğlu'na göre "*İşçi Partisi, İngiliz işçilerinin SSCB emekçilerini örnek alarak ayaklanmasını önlemeye dayalı genel stratejisi çerçevesinde, temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmeti sunmayı kararlaştırmıştır.*"

Kuşkusuz İngiliz sosyalleştirme modeli ne Virchow tarafından ortaya konan ilkeler, ne de Allende tarafından geliştirilen "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri" anlayışı çerçevesinde değerlendirilebilir. Sovyetler Birliği'ndeki sosyalleştirmeyle kıyaslanamayacak olan bu çabayı, dünyada sermaye egemenliğine beşiklik etmiş bir ülkede emeğin sağlık alanındaki bir kazanımı olarak görmek gerekir. İngiltere'de İkinci Paylaşım Savaşı sonunda yürürlüğe giren *Ulusal Sağlık Hizmeti* (USH), sosyalist ülkelerde olduğu gibi sağlıktaki eşitsizlikleri, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak suretiyle yenmeyi *amaçlamamaktadır*. Burada sosyalleştirmenin amacı, toplumsal eşitsizliklerin yarattığı sağlık eşitsizliklerini devletin doğrudan müdahalesiyle (sağlığın genel bütçeden finansmanı ve kamusal bir hizmet olarak örgütlenmesi) hafifletmek veya en iyi olasılıkla asgariye indirmektir. Yine USH sağlığın sosyal belirleyicilerine yeterli vurguyu eksik bıraktığı gibi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik vermemekte ve bu hizmetleri tedavi edici hizmetlerle gerektiği gibi bütünleştirmemektedir.

Batı'da İngiltere'den sonra gerçekleşen en önemli sosyalleştirme girişimi, 1960'ların başında Kanada'dan gelmiştir. Bütün ilerici, sosyal demokrat ve sosyalist parti ve grupların oluşturduğu bir koalisyonla Amerika kıtasının ilk sosyalist hükümetini Saskatchewan Eyaleti'nde kuran Tommy Douglas, bu eyalette sağlık hizmetlerini İngiltere modeline benzer bir şekilde sosyalleştirmiştir. Dr. Bethune tarafından 1936 yılında Quebec eyaleti için hazırlanan sosyalleştirme planının büyük ölçüde benimsendiği Saskatchewan'da, sağlık alanında çok kısa sürede büyük başarılar kazanılması sonucunda, birkaç yıl içinde Kanada'nın sosyalist olmayan diğer eyaletleri de sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek zorunda

kalmışlardır. Ancak İngiltere'deki USH'nde olduğu gibi Kanada'nın sosyalleştirmesinde amaç toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak değil, yalnızca bunların sağlıkta yol açtıkları eşitsizlikleri hafifletmektir.

Bugün Kanada, her ne kadar yeni-liberal saldırılarla önemli yaralar almış olsa da, sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin sürdürülebildiği birkaç ülkeden biridir. Bunun altında sosyalleştirmenin ardındaki muazzam emek desteğinin önemli payı vardır. Başta işçi sendikaları ve emekten yana partiler olmak üzere toplumun ezici çoğunluğu sosyalleştirme ile kendilerini özdeşleştirmişlerdir. O kadar ki, sıradan bir Kanadalı için sosyalleştirme ulusal bir gurur kaynağıdır. Bu durum geçtiğimiz yıllarda Kanada'da bir TV kanalının düzenlediği *En Büyük Kanadalı* yarışmasında kendini göstermiştir. Adaylar arasında Kanada'nın kurucusu politik liderlerden, Shania Twain gibi dünya ölçeğinde ünlü sanatçılara, Trudeau gibi efsanevi liderlerden, uzaya çıkan ilk Kanadalı astronota kadar onlarca meşhur isim olmasına karşın, Tommy Douglas açık arayla En Büyük Kanadalı unvanını kazanmıştır. (Acaba bu yarışma Türkiye'de yapılsaydı, Nusret Fişek adaylar arasına girebilir miydi?)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde en büyük dalgalardan biri de, 1960 yılında Küba'da gerçekleşmiştir. Batista diktatörlüğünü yıkan Kübalılar, emeğin iktidara geldiği her ülkede olduğu gibi ilk iş olarak sağlık hizmetlerini sosyalleştirmişlerdir. Küba Anayasası Virchow'un toplumcu tıp ilkelerini anayasal bir metin haline getiren ilk Amerika ülkesi olmuştur. Aslında Sanayi ve Maliye Bakanlığı görevlerini üstlenen fakat hekim olduğu için sağlıktan da hiçbir zaman uzaklaşmayan Dr. Ernesto Che Guevara, Küba'da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden birkaç yıl sonra, "*Çocukların beslenmesi ve eğitimi, toprak sahiplerinin topraklarının, her gün bu topraklarda ter dökenlere dağıtılması görevi, Küba'da devrimin başardığı en büyük toplumsal tıp çalışmalarıdır*" derken, Küba'da Virchow'un ilkeleri ile Allende'nin öğretisinin nasıl bütünleştirildiğini ifade etmiştir. Bugün Küba'da sosyalleştirme her şeye rağmen ayaktadır ve başarıyla Kübalılara sağlık dağıtmayı sürdürmektedir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik yaklaşımları iki ana başlıkta toplamak mümkündür. Burjuvazinin yaklaşımı Dr.

Bethune'un deyimiyle *hastalıkları üreten ekonomik sisteme* dokunmadan, bu sistemin sağlıkta yarattığı eşitsizlikleri azaltmak için Bismarkçı yöntemlerle prime ve istihdama dayalı bir sağlık örgütlenmesi kurmak veya devletin sağlığa ulusal sağlık hizmeti ya da sosyalleştirme uygulamaları ile müdahalesi ile sınırlı iken; işçi sınıfının yaklaşımı, sağlıktaki eşitsizlikleri, toplumsal eşitsizliklerin kaynağı olan *toplumsal-ekonomik düzeni emek lehine değiştirerek ve sağlığı emeğin gereksinimlerine göre örgütleyerek* ortadan kaldırmaktır.

**Türkiye'de Sosyalleştirme Tartışmaları**

Türkiye Cumhuriyeti 20. yüzyılın ilk çeyreğinde Osmanlı İmparatorluğu mirası üzerinde anti-emperyalist, ulusal kurtuluş savaşı verilerek kurulmuştur. İzmir İktisat Kongresi'nde kapitalist rotaya oturtulan Türkiye, onyıllarca süren savaşlarda telef olmuş emeğe kapitalizmin gereksindiği üretkenliği kazandırabilmek amacıyla sağlık alanında önemli atılımlar gerçekleştirmiştir.

Kapitalist kalkınma yoluna girmiş olmasına rağmen cılız bir sanayi ve yaygın tarım ekonomisiyle Türkiye, sağlık sorunlarının çözümü için bu dönemde kapitalist dünyada egemen olan sigorta sistemini benimseyebilecek bir durumda değildir. İzlenen pro-natalist politikalar, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesi ve sunulmasını zorunlu kılmıştır.

Bu dönemde Türkiye'nin sağlık alanında emeğin sağlık gereksinimlerini karşılayabilmek bakımından kendisine örnek alabileceği tek ülke, 1917 Ekim devrimiyle sağlık hizmetlerini sosyalleştiren Sovyetler Birliği'dir. Dünyada Sovyetler Birliği'nden sonra ilk dispanserler (isim de Sovyetlerden alınmıştır) 1924 yılında Türkiye'de açılmıştır. (Bu dönemde ABD'nin uzak doğuda misyonerlik faaliyetleri çerçevesinde açmış olduğu dispanserler de vardır, fakat bu dispanserlerde ya sadece topluma yönelik koruyucu hizmetler sunulmakta, ya da sadece tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu anlamda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamakta bütüncül olarak sunulması uygulamasında Sovyetler Birliği ilk örnektir).

Genel dispanserler yanında emekçilerin hemen hemen hepsinin or-

tak sorunları olan sıtma, trahom, frengi ve tüberküloz gibi hastalıklarla mücadele amacıyla özgün dikey örgütlenmelere gidilmiştir. 1930 yılında yayınlanan Halk Sağlığı Yasası'nda (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu) sağlık hizmetleri açık olarak devlet hizmeti olarak belirlenmiş ve bu hizmetleri sunmakla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı görevlendirilmiştir. Kuşkusuz bu gelişmeler kendi *bağlamı* içinde değerlendirildiğinde bir anlam kazanmaktadır. 1930'lu yıllarda dünyada sağlığı bir devlet sorumluluğu olarak gören iki ülke vardır: Sovyetler Birliği ve Türkiye. Ancak Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri emekçi sınıfların gereksinimlerine göre örgütlenirken, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi biçimsel olarak Sovyet sistemine benzese de, esas olarak sermayenin dönemsel gereksinimlerine göre yapılandırılmaktadır.

1950'lere gelindiğinde Türkiye'de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli kazanımlar elde edilmiştir. Sermayenin gereksinimlerinin değişmesiyle birlikte Demokrat Parti, Halk Sağlığı Yasası yürürlükte olmasına ve 1920'lerde kurulmaya başlanan dispanserlerin sayısının 300'ü bulmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde önceliği koruyucu hizmetlerden iyileştirici hizmetlere kaydırmış ve sağlığı sermaye için kar alanı haline getirecek uygulamaların ilk adımlarını atmıştır. Devletin sağlık hizmetleri yerine özel sağlık hizmetlerinin desteklendiği bu dönemde 1955 yılında çıkartılan Hastaneler Yasası ile hastalardan ilk kez kamusal sağlık hizmeti için ücret alınmıştır. Artık Türkiye'de emek prime dayalı sigorta sistemini besleyebilecek duruma gelmiş ve kamusal sigortacılık aracılığı ile emekçilerden sağlık için prim toplanmaya başlanmıştır.

Türkiye solunda, günümüzde de, niteliği üzerine tartışmaların devam ettiği 1960 İhtilali ile Demokrat Parti'nin sağlık politikaları kesintiye uğramıştır. Bu durum kendisini Dr. Nusret Fişek önderliğinde 1961 yılında 5 Ocak'ta kabul edilen ve 12 Ocak tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile ifade etmiştir. Türkiye sağlık hizmetlerini 1963 yılında yeniden örgütlemeye başlamıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kademeli olarak 15 yılda sosyalleştirilmesi öngörülmüş ve bu amaçla her yıl 300 kadar Sağlık Ocağı açılması planlanmış olmasına karşın, ilk 5 yılda planlanan 1500 Sağlık Ocağı'ndan yalnızca 890'ı programa alınabilmiş ve

bunlardan da sadece 561 tanesi hizmete açılmıştır.

Türkiye'de emekten yana siyasal partilerin 1960 İhtilali ve 1961 Anayasası ile bunun bir ürünü olan sosyalleştirmeye ilişkin düşünceleri ve tutumları, Cumhuriyetin ilk yıllarına ilişkin tutumları gibi oldukça karmaşıktır. 1961 Anayasası'nın getirdiği göreli demokratikleşme ortamında Türkiye'de "emeğin sesi"ni ilk kez TBMM'ye sokan Türkiye İşçi Partisi 1965 seçimlerinde TBMM'ne 15 milletvekili göndermeyi başarmıştır. Bu yılların TBMM tutanakları incelendiğinde, özellikle bütçe görüşmeleri sırasında "emeğin vekilleri"nin sosyalleştirmeyi destekledikleri ve hızlandırılması için canla, başla mücadele verdikleri görülür. Özellikle 1965 ve 1966 yıllarında 400'e yakın Sağlık Ocağı'nın açılabilmiş olmasında bu mücadelenin büyük payı vardır.

Gazanfer Aksakoğlu bu dönemi, "kapitalist ekonominin acımasızlığına birkaç ay gibi kısacık bir ara verilen ve toplumun ezilen çoğunluğuna yönelik önlemleri düşünebilecek bir 'devrim' süreci içinde: birincisi herkese ve özellikle de yoksul ve yoksuna; ikincisi politikacının ilçe yapılanması ve emri dışında, topluma ulaşan ve politikacının değil sağlıkçının denetiminde olan bir hizmet oluşturulmuştur" şeklinde yorumlamaktadır.

Belek ve arkadaşlarına göre ise, 224 sayılı yasanın temel noktaları olarak sunulan "eşit, parasız ve devlet eliyle hizmet" gibi kavramlar, Türkiye'de sosyalleştirmenin sosyalist bir yönelim olduğuna ilişkin yanılsama yaratmıştır. Yazarlar sosyalleştirme yasasını değerlendirirken üç noktanın altını çizmektedir: Birincisi, Türkiye'de sosyalleştirme tamamen tarım ve ev ekonomilerini hedeflemiş ve sanayi ve hizmet sektörlerini (kenti) hiç gündemine almamıştır ve emekçilerin sağlığını öncelemeyen bir yasa sosyalist yönelimli olamaz. İkincisi, sosyalleştirme ile getirilen eşitlik "hizmetlere ulaşma eşitliği"dir; ancak parası olanın özel hekime gidebilmesi nedeniyle bu "burjuva anlamda" bir eşitliktir. Üçüncüsü, koruyucu sağlık hizmetleri sağlıksızlığın kaynağı olan üretim ilişkilerine değil, ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve çevre sağlığına vurgu yapmaktadır. Sonuç olarak Türkiye'de sosyalleştirme kapitalizmin sınırlarını aşmak bir yana, aksine kapitalizmin dönemsel çıkarları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Ancak ister bir "devrim süreci" içinde değerlendirilsin, ister dönemin

ithal ikameci kalkınma modelinin gereksinimlerine ve Keynesçi politikalarına karşılık gelsin, özellikle emeğin en alt kesimleri (yoksul köylüler ve kent yoksulları) bu dönemde sosyalleştirme uygulamalarından büyük ölçüde yararlanmışlardır.

1965 sonrası Türkiye İşçi Partisi'nin çabalarıyla ivmelenen sosyalleştirme uygulamaları, birkaç yıl sonra 12 Mart faşizmiyle duraklamıştır. 12 Mart hükümetleri ve izleyen Milliyetçi Cephe hükümetleri sosyalleştirmeyi (yasası yürürlükte olmasına karşın) rafa kaldırarak, yeniden Demokrat Parti politikalarına geri dönmüşler ve sağlıkta "eşitlikçi evrensel" bir model yerine, sosyal güvenceye dayalı "eşitsiz korporatist" bir model benimsemişlerdir. Sosyalleştirmeye alternatif olarak gelen bu model, Emekli Sandığı'na bağlı memurların iyileştirici hizmetler için yararlanacakları Kurum Tabiplikleri'ni yaygınlaştırmış, "işçi" statüsünde olanlara SSK hastane ve sağlık istasyonlarında iyileştirici hizmetler sunularak sağlık hizmeti paramparça bir yapıya büründürülmüştür. (Silahlı Kuvvetler başından beri kendi sağlık örgütünü ayrı oluşturmuş ve kendi personeline ayrıcalıklı bir hizmet sunmuştur.)

12 Mart dönemi ardından CHP içinde önemli değişimler yaşanmış ve parti Ecevit liderliğinde sola yönelmeye başlamıştır. "Toprak işleyenin, su kullananın" gibi sloganlarla 1978 yılında iktidara gelen Ecevit hükümeti, aslında tamamen sahipsiz bırakılmış sosyalleştirmeyi yeniden canlandırabilmek amacıyla bazı adımlar atmıştır. Bunlardan en önemlisi Tam Gün Yasası'dır. 1975 yılında Milliyetçi Cephe tarafından neredeyse tamamen boşaltılan Sağlık Ocaklarına (sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilebildiği 26 ildeki Sağlık Ocaklarındaki hekim kadrolarının sadece % 36'sı doluydu) yeniden sağlık emekçileri yerleştirilmeye başlanmıştır. Ecevit hükümeti Türkiye'de yarım (hatta çeyrek) kalan sosyalleştirmeyi 1981 yılına kadar tamamlama kararı almıştır. Ancak Türkiye'yi bu kez geleceğini on yıllarca ipotek altına alan ve etkileri hala süren 12 Eylül faşizmi beklemektedir.

12 Eylül faşist hükümeti ve izleyen hükümetler 1980'lerden itibaren sağlık hizmetlerini sermayenin yeni gereksinimlerine (ihracata dayalı kalkınma modeli) göre örgütlemeye başlamışlar ve bu süreç AKP hü-

kümetiyle neredeyse tamamlanmıştır. AKP hükümeti döneminde Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri tamamen kapatılarak Türkiye'de emeğin sağlığı tamamen sermayenin insafına terk edilmiştir.

Özetlemek gerekirse sağlıkta sosyalleştirme, sağlık hizmetleri emeğin veya sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenerek gerçekleştirilebilir. Aradaki temel fark şudur, sağlık hizmetlerinin emeğin gereksinimleri doğrultusunda sosyalleştirilmesinde amaç, sağlıktaki eşitsizliklerin üstesinden toplumsal eşitsizlikler ortadan kaldırılarak gelinmesi iken; sermayenin gereksinimleri doğrultusunda sosyalleştirilmesinde amaç, sağlıktaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak yerine iyileştirmek ve emeğe bir sus payı sunmaktır. Sermaye için önemli olan emeğin üretkenliğini sürdürebileceği düzeyde sağlıklı olmasıdır. Bunun üzerine çıkan her hizmet, emeğin bilinç ve örgütlülük düzeyi ile doğru orantılı olarak elde ettiği (veya edebileceği) kazanımlardır.

Diğer yandan kendisini siyasal yelpazenin solunda gören, hatta sosyalist olarak tanımlayan bazı aydınlar, kapitalist ülkelerdeki ulusal sağlık hizmeti ve sosyalleştirme uygulamalarına, özellikle İskandinav ülkeleri ve İngiltere'deki geçmişteki uygulamalara özenmekte ve bunları "idealize" etmektedir. Bu durum Türkiye'deki sosyalleştirme tartışmalarını da etkilemektedir. Kuşkusuz tıbbın olanakları bütün sistemlerde aynıdır, fakat bir sağlık sistemini 'sosyalist' yapan, bu olanakların *nasıl* ve *kimler için* kullanıldığıdır.

Sosyalizmin çözülmesi ve yeni-liberal dünya düzeninin egemen olmasıyla birlikte dünya ölçeğinde gerileyen emek, sağlık alanında kazandığı hakların büyük bölümünü yitirmiştir. Bu "yeni" durum günümüzde sosyalleştirme tartışmalarına yepyeni bir içerik kazandırmıştır. Yukarıda özetlenen 20. yüzyıla ait tartışmalar, 21. yüzyıl dünyasının "gerçekleri" karşısında bambaşka bir boyut kazanmıştır. Bunun en önemli nedenlerinden biri, kapitalizmin 21. yüzyılda sağlık alanını başlıca kar alanlarından biri haline getirmiş olmasıdır. Günümüzde sermayenin yatırım yaptığı alanların ilk sıralarına yerleşen sağlık sektörü kapitalist üretim içindeki yeri ve önemini 20. yüzyıl ile kıyaslanamayacak ölçüde genişletmiştir.

Bu durumun günümüzde neleri değiştirdiğini somutlamak için

Kanada'daki sosyalleştirme örneğine daha yakından bakabiliriz. Önce 1929 bunalımı ve sonra Emperyalistler Arası İkinci Savaş'ın getirdiği olumsuz sosyoekonomik koşullar karşısında sola kayan Kanadalı emekçilerin desteği ile Saskatchewan'da iktidara gelen sosyalistler, kapitalist üretim ve bölüşüm ilişkilerine dokunmadan emeğin durumunu iyileştirmek amacıyla sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek istediklerinde, karşılarında esas olarak iki güç bulmuşlardır: Bunlardan birincisi, çoğunun merkezleri ABD'de bulunan sigorta şirketleridir. Kanadalılara sağlık sigortası paketleri satan sigorta şirketleri, farmasötik endüstri ile beraber sosyalleştirmeye karşı büyük bir savaş başlatmışlar, ABD'yi Kanada'ya ambargo uygulamaya zorlamışlar, fakat başarılı olamamışlardır. Bu başarısızlığın en büyük nedeni bu sektörlerin, diğer sektörler arasında özellikle bugünün ölçüleriyle sözü dahi edilmeyecek kadar küçük bir payının olmasıdır. Kuşkusuz belirli sermaye grupları Kanada'daki sosyalleştirmeden ciddi zararlar görmüştür, fakat genel olarak sermayenin kaybı ihmal edilebilir düzeyde kalmıştır. İkincisi ise geçimlerini sağlık hizmeti satmaktan sağlayan Kanadalı hekimler ve örgütleridir (Kanada Tabipleri Birliği). Sosyalleştirme uygulamasının serbest hekimliği yasaklamasıyla gelirlerinin azalacağını düşünen hekimler, tarihteki en uzun ve etkili grevini başlatmışlardır. Bu grevi ancak İngiltere ile Saskatchewan arasında aylarca bir hava köprüsü kurarak getirdiği hekimlerle kırabilen Douglas hükümeti, hekimleri devletle anlaşmaya zorlamıştır.

Tekrar günümüze dönersek, Douglas hükümeti 1960'larda yaptıklarını bugün yapmaya kalkışsa, karşısında çok daha geniş bir ulusal ve uluslararası muhalefetle, hatta belki "sistem dışı" kalan Arap ve Balkan ülkeleri gibi şiddetle karşılaşması olasılığı hiç de küçük değildir. Bu nedenlerle günümüzde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sorunu, geçmişte olduğu gibi kapitalizmin dönemsel gereksinimlerini karşılayabilecek bir politika olmaktan çıkmış ve emek için bir iktidar sorunu haline gelmiştir.

Çağımızda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ancak emekten yana bir siyasal iktidarın kurulmasıyla olanaklıdır. Yeni dünya düzeninin siyasal partileri, "solda" olanlar dahil (örneğin Türkiye'de CHP) sosyalleştirmeyi programlarından bütünüyle çıkartmışlar, bunun yerine pazar

mekanizmalarına uyumlu, sağlıkta özelleştirme ve piyasalaştırmayı öngören programlar getirmişlerdir. Özellikle medya aracılığıyla sağlık hizmetinin diğer hizmetlerden farkı bulunmadığı ve diğer hizmetler gibi bedeli ödenerek satın alınması gerektiği düşüncesini yaygınlaştıran kapitalizm, küresel ölçekte Dünya Bankası gibi uluslarüstü kuruluşlar aracılığıyla bunun altyapısını oluşturmuş ve sağlığı artık kelimenin tam anlamıyla metalaştırmıştır. İnsanlığın yitirdiği kazanımlara tekrar kavuşabilmesi, ancak bu düzenin yıkılmasıyla olasıdır.

**Kaynaklar**

**Akalın MA. (2000).** *Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi.* İzmir: Konak Sağlık Grup Başkanlığı Yayınları.

**Akalın, M.A. (2005).** *The Battle of Medicare is not Over.* People's Voice, 13 (8): 6–7. May 1–15 2005. Vancouver.

**Akalın MA. (2007).** *Dr. Bethune: Örnek Bir Yaşam Öyküsü.* Toplum ve Hekim, 22 (4): 291 – 305. Ankara.

**Akalın MA. (2010).** Toplumcu *Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama Yayınları.

**Aksakoğlu G. (2008).** *Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü.* Ankara: Memleket Siyaset Yönetim, 8: 7 – 62. Ankara.

**Allende, S. (1939).** *Chile's Medical Social Reality-1939 (excerpts).* Social Medicine, 2006. 1(3): 153.

**Belek İ, Onuroğulları H, Nalçacı E ve Ardıç F. (1998).** *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi.* 2. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

**Belek İ. (1998).** *Sınıf, Sağlık Eşitsizlik.* İstanbul: Sorun Yayınları.

**Belek İ. (2001).** *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği.* Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

**Belek İ. (2002).** *Küba'da Sağlık: Sosyalizmin Başarısı.* İstanbul: Nazım Kültürevi Kitaplığı.

**Demirdizen H., Akalın MA. (2009).** *Sağlıkta Dönüşüm: Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II.* İstanbul: İstanbul Tabip Odası.

**Günal, A. (2008).** *Health and Citizenship in Republican Turkey: An Analysis of Socialization of Health Services in Republican Historical*

*Context. Unpublished Ph.D. Thesis.* Boğaziçi University. Istanbul.
**Navarro, V. (1986).** *What Is Socialist Medicine?* Monthly Review, 38(3): 61 - 70.
**Özkan, Ö. (2003).** *Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Sağlık Hizmetleri.* Toplum ve Hekim, 18(1): 32-40. Ankara.
**Soyer, A. (2003).** *Sosyalizm ve Sağlık / Tıp Hakkında Kısa Notlar.* Toplum ve Hekim, 18(1): 17-19.
**Soyer A. (2005).** *Hekimlerin Sınıfsal Kökeni.* İstanbul: Sorun Yayınları.
**Sigerist, H.E. (1937).** *Socialized Medicine in the Soviet Union.* London: Victor Gollancz Ltd.

**Norman Bethune**

Yaşlı kıtada doğan toplumcu tıp, Kuzey Amerika'da sahneye ilk kez Norman Bethune[1] (1890 – 1939) ile çıkmıştır. Kanada'daki tıp eğitiminin ardından İngiltere'de cerrahi alanında uzmanlık eğitimi alan Bethune, Göğüs Cerrahı olarak 1932 yılında McGill Üniversitesi'nde ders vermeye başlamıştır.

Sağlığa ve tıbba toplumcu bir bakış açısıyla yaklaşan Bethune, 1934 yılında Montreal İlericiler Kulübü'nde tüberkülozun *toplumsal boyutlarını* ortaya koyan konferanslar vermiştir. Bu dönemde Kanada'da sağlık hizmetlerinden (özel muayenehaneler ve hastaneler) sadece bedelini ödeyebilenler yararlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerektiğine inanan Norman Bethune Montreal İşsizler Birliği üyelerine ücretsiz hekimlik hizmetleri sunmaya başlamıştır.

Kısa zamanda fakültesindeki meslekdaşlarını yoksulları ücretsiz olarak muayene etmeye ikna eden Bethune, kiliseler ve yardım kuruluşlarının da desteği ile Montreal'in en yoksul mahallelerinden biri olan Vedune'da ilk ücretsiz tüberküloz kliniğini açmıştır.

1935 yılında katıldığı bir konferansta Sovyetler Birliği'nde de sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğunu öğrenen Norman Bethune, bu uygulamayı yerinde görmek üzere Sovyetler Birliği'ni ziyaret etmeye karar verir. Aynı yıl Ağustos ayında sınıf arkadaşı Dr. Frederick Banting (insülin alanındaki çalışmalarıyla Nobel ödülü almıştır) ile birlikte SSCB'de düzenlenen 15. Fizyoloji Kongresi'ne katılan Bethune, Kongre sonrasında bu ülkede bir süre daha kalarak sağlık hizmetlerini incelemiştir.

Bu dönemde SSCB "batı" dünyası için kapalı bir kutudur. Banting ve Bethune'un SSCB izlenimlerini aktarmak üzere verdikleri konferanslara Kuzey Amerika'dan çok sayıda hekim katılmıştır. 20 Eylül 1935'de *Montreal Tıp – Cerrahi Cemiyeti*'nde verdiği bir konferansta Bethune,

[1] Norman Bethune 1890 yılında Kanada'nın Ontario eyaletinde dünyaya gelmiştir. Kısacık ömrüne birçok hayat sığdırmayı başaran Bethune, daha çok İspanya İç Savaşı sırasında gerçekleştirdiği kan nakli çalışmaları ve Çin'de Mao'nun yanında katıldığı ulusal ve toplumsal kurtuluş savaşındaki yararlılıkları ile bilinir. Ancak bu çalışmada Bethune, koruyucu hekimlikten toplumcu sağlığa giden yolda toplumcu sağlık anlayışına katkıları bakımından ele alınacaktır.

Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin geniş bilgiler sunmuştur.

Banting ve Bethune'un konferansları yalnızca tıp çevrelerinde değil, aydınlar ve emekçiler arasında da büyük ilgiyle karşılanmıştır. Kanada'da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi talebi başta sendikalar olmak üzere işçi ve emekçi kuruluşları tarafından benimsenmiş ve başta Kanada Komünist Partisi olmak üzere ilerici partiler sosyalleştirmeyi siyasi programlarına almışlardır.

Norman Bethune 1936 yılında Montreal'de hekim, diş hekimi, hemşire ve sosyal çalışmacı arkadaşlarıyla birlikte *Halkın Sağlık Güvencesi İçin Montreal Grubu*'nu kurarak, Montreal eyaletinde *sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi* için bir plan hazırlamaya başlamıştır. Grup çalışmalarının sonunda şunları önermiştir:

Ücretliler için zorunlu sağlık sigortası
Kamusal sağlık hizmetlerinin belediyeler bazında (yerel) örgütlenmesi ve belediye hastanelerinde görevlendirilecek hekim, diş hekimi ve hemşire ekipleri oluşturulması
Her 500 işsiz için belediyelerde istihdam edilecek bir hekim görevlendirilmesi ve giderlerin merkezi hükümet tarafından karşılanması

Aslında *Halkın Sağlık Güvencesi İçin Montreal Grubu* sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için çok daha kapsamlı bir plan hazırlamıştır, fakat daha ileri önerilerin dönemin liberal Quebec eyalet hükümeti tarafından kabul edilmeyeceği endişesiyle önerilerini bunlarla sınırlamıştır.

Dr. Bethune bu önerileri hükümete sunmadan önce sağlık emekçilerinin görüşlerini almak üzere Montreal Tıp - Cerrahi Cemiyeti'nde paylaşmıştır. Toplantıda liberal hekimler, devlete toplumsal yaşamın düzenlenmesinde sorumluluk verilmesine karşı olduklarından (*devlet sadece güvenliği sağlamalı, toplumsal yaşama hiçbir şekilde müdahale etmemelidir*) sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine karşı çıkmışlardır. Bazı hekimler özel sigorta şirketlerinin sağlık alanında sigorta yapabileceğini ve dileyenlerin böylece bedelini ödeyerek sağlık güvencesi satın alabileceklerini savunmuşlardır.

Meslektaşlarından istediği desteği bulamayan Norman Bethune, 1936

Temmuz'unda Quebec hükümetine her biri kademeli olarak diğerlerinden daha kapsamlı olan dört sosyalleştirme planı sunmuş ve planların bir kopyasını da meslek kuruluşları, kiliseler ve sosyal yardım örgütlerine göndermiştir.

Bu yıllarda dünyayı saran faşizm rüzgarları Kanada'yı da etkisi altına almış ve İkinci Paylaşım Savaşı öncesinde yükselen anti-komünist histeri, Bethune'un sosyalleştirme planlarını *komünizm propagandası* olarak yaftalamıştır. Aslında en azından yoksullara sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerektiğini düşünen ve bu konudaki hayırsever girişimleri destekleyen din adamları ve kilise dahi, komünistlik suçlamasıyla karşılaşmamak için planları görmezden gelmeyi tercih etmişlerdir.

Bu dönemde Kanadalı din adamları, aydınlar ve öğrenciler tarafından oluşturulan anti-faşist cepheye Komünist Enternasyonal'in benimsediği *sınıfa karşı sınıf* politikası nedeniyle soğuk bakan Kanada Komünist Partisi, Enternasyonal'in 1935 yılında gerçekleşen 7. Kongresinde Georgi Dimitrov tarafından yapılan faşizm analizi ile bu politikasını değiştirmiş ve anti-faşist cepheye katılmıştır. Cephe Bethune tarafından önerilen sosyalleştirme planını kendisi için sağlık politikası olarak benimsemiştir.

Savaşın sonuna doğru Saskatchewan eyaletinde iktidara gelen anti-faşist cephe (*Co-operative Commonwealth Federation*) Kuzey Amerika'nın ilk, Amerika kıtasının ise Şili'den sonra ikinci *sosyalist* hükümetini kurmuştur. Bir din adamı olan Thomas Douglas liderliğinde kurulan hükümet Bethune tarafından Quebec eyaleti için hazırlanan sosyalleştirme planını yaşama geçirmiştir. Planın kısa sürede büyük başarı kazanması sonucu Kanada'nın bütün eyaletleri 1960'larda sağlık hizmetlerini sosyalleştirmişlerdir.

**Okuma 1. Sosyalleştirilmiş Tıp Üzerine - Montreal 1936 (Seçmeler)**

Sağlığı korumanın en iyi yolu, hastalık üreten, cehaleti, yoksulluğu ve işsizliği yaygınlaştıran *ekonomik sistemin değiştirilmesi* olabilir. Her bireyin kendi sağlık bakımı hizmetini kendisinin satın alması uygulaması yürümemektedir. Bu adaletsiz, verimsiz, savurgan ve tamamen zamanı geçmiş bir uygulamadır.

Doktorlar, yardımseverler ve hayır kurumları bu uygulamayı sürdürebildikleri kadar sürdürdüler. Bu uygulama yüz yıl önce, 19. yüzyıl başlarında sanayi devriminin başlamasıyla eceliyle sona ermeliydi. Oldukça ileri, modern sanayi toplumumuzda özel sağlık diye bir şey yoktur, *sağlık kamusaldır.* Toplumun bir bireyinin hastalık ve rahatsızlıkları diğer bütün bireylerini etkilemektedir.

Halkın sağlığının devlet tarafından korunması, devletin yurttaşlarına karşı temel yükümlülüğü ve görevi olarak kabul edilmelidir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve *özel sağlık hizmetlerinin kısıtlanması veya ortadan kaldırılması,* soruna gerçekçi bir çözüm olarak görünmektedir.

Gelin sağlık hizmetlerinden karı, kişisel ekonomik kazancı çıkartalım ve mesleğimizi açgözlü bireycilikten arındıralım. Gelin hemşerilerimizin sefaleti pahasına zenginleşmemizi bir ayıp haline getirelim. Gelin örgütlenelim ki politikacılar bizi sömüremesinler. Gelin tıbbi etiği yeniden tanımlayalım, hekimler arasında bir mesleki "görgü kuralları" olarak değil, tıp ile halk arasında temel ahlak ve adalet kuralları olarak tanımlayalım.

Meslek odamızda ilginç vakaları değil, çağımızın büyük sorunlarını, sağlık ve devlet ilişkisini, mesleğimizin halka karşı ödevlerini, içinde yaşadığımız sosyolojik ve ekonomik yapıyı daha sık tartışalım. Bu önemli gündelik sorunlarımızın, dar anlamıyla teknik ve bilimsel değil, ekonomik ve toplumsal olduklarını kabul edelim.

Tıp, günümüzdeki diğer kurumlar gibi – kilise ve baro gibi – liderlerini güncel sosyal ve ekonomik sorunlara karşı tutumlarıyla

yargılıyor. Modern tıpta önde giden hekime ve meşhur cerraha daha az, uzak görüşlülere ve toplum tasarımcılarına daha çok gereksinimimiz var. Hekimler halkın sağlığının geleneksel, tarihsel ve fedakar koruyucuları olarak bunu yapmak zorunda.

Gelin hükümete bütün halk için, bütüncül, kapsamlı, planlı bir sağlık programı sunalım. Bu planın değerlendirilmesinden sonra hekimlik kendisini ne konumda bulursa bulsun, bunu kabullenmelidir. Halk sağlığı sunağına sunulacak bu apaçık fedakarlık, şanlı Anka kuşunun küllerinden dirilmesi gibi hekimliğin yükselişiyle sonuçlanacaktır.

Hastalıklara topluca hücum edebilmek ve bütün elemanlarının mevcut bilimsel bilgisinden sonuna kadar yararlanabilmek için, sağlık baştan aşağı yeniden yapılandırılmalı ve hekim, diş hekimi, hemşire, teknisyen ve sosyal çalışmacı ordusu kaynaştırılmalı ve bütünleştirilmelidir.

Gelin insanlara kaç paraları var diye değil, sana en iyi nasıl hizmet edebilirim diye soralım. Sloganımız *sizin sağlığınız için varız* olmalıdır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri; sağlık hizmetlerinin postane, ordu, donanma, mahkemeler ve okullar gibi *kamusal mülk* haline gelmesi demektir. İkinci olarak, sağlık hizmetleri *kamusal fonlardan* karşılanır. Üçüncüsü, hizmetler gelire göre değil, *gereksinime göre ve herkes için*dir. Hayır, hayırseveri de, yardımı alanı da yoldan çıkartır. Dördüncüsü, sağlık çalışanlarının ücretleri ve emeklilik gelirleri *devlet tarafından* ödenmelidir. Beşincisi, sağlık çalışanlarına *demokratik özerklik* verilmelidir. 25 yıl önce sosyalist olarak adlandırılmanın nefret uyandıracağı düşünülürdü; bugün sosyalist olmamak gülünçtür.

Sınırlı sağlık sigortası gibi sağlık reformları sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi değildir. Bunlar gereksinimler karşısında günümüzde insanseverliğin ürettiği *dejenere* sosyalizm biçimleridir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine muhalif olanların üç ana iti-

raz noktası şunlardır:

*Birincisi,* inisiyatif yitimi. Bu modern barbarlık çağında eşek muhtemelen burnunun önünde bir çeşit sebzenin sallandırılmasına gereksinim duyar. İnsan için de altından havuç yerine prestij demeti aynı işi görür.

*İkincisi,* bürokrasi. Bu, kurumun aşağıdan yukarıya demokratik kontrolüyle düzeltilebilir.

*Üçüncüsü,* hastanın hekimi seçebilmesi. Bu bir mittir. Bunun tek savunucusu hekimlerdir, hastalar değil. Sınırlı bir seme hakkı ver – diyelim 2, 3 hekim. Sonra, eğer hasta tatmin olmazsa gönder onu bir ruh sağlığı uzmanına! Erkek kazın sosu, dişi kazı sosudur. Doktorlara da hasta seçme hakkı verilmelidir! Hastaların % 99'u sonuca bakıyor, kişiliklere değil.

Mesleğimiz kendisini birey-yoğun bilimsel bir uğraş olmaktan çıkartmalı, sağlığın ekonomik güvenceden ayrılamayacağını anlayan, toplumcu bir hale getirilmelidir. Sırça köşklerimizi terk edelim ve mevcut ekonomik krizin gerçekliğini kavrayalım. Dünya gözlerimizin önünde değişiyor ve Aesculapius'un ahşap gövdesi, omurgasının altındaki eski oluşumları silip süpüren, yok eden büyük dalgayı ve yükselen dünyanın hareketini hissetmeye başlıyor. Dalga ile birlikte gitmek zorundayız, yoksa enkaz haline geleceğiz.

Bugün dünyadaki çatışma, vahşi bireyciliğe inananlarla yaşamı herkes için daha iyi bir hale getirmek için kolektif çaba harcamak gerektiğine inananlar arasındadır. İnsanlar sosyalleştirmeye hazır. Halkın sağlık güvencesine kavuşmasını engelleyenler bu mesleğin içindekilerdir. Bu, mevcut durumun en önemli gerçeğidir. Bu insanlar kendi ilkelerini gericinin sahtekar yüzü ya da boşvermişliğin umursamazlığı ile hekim ile hasta arasındaki "kutsal" ilişkinin sürdürülmesi, kar amacı gütmeyen kamulaştırılmış işletmelerin verimsizliği, sosyalizm tehlikesi ve bireyin bağımsızlığı tezlerinin ardına gizliyorlar.

Hekimliğin bugün yüzyüze olduğu durum hekimlik içindeki iki

gücün çatışmasıdır. Biri tarihsel çıkarlarımızı, özel mülkiyetimizi, sağlık hizmetlerinin dağıtımı üzerindeki tekelimizi sürdürmenin önemli olduğunu savunuyor. Diğeri, hekimliğin işlevinin hekimin konumunu sürdürmekten daha önemli olduğunu, halk sağlığının güvence altına alınmasının hekimlerin temel ödevi olduğunu, bizlerin (hekimlerin) insanların efendisi değil hizmetkarı olduğumuzu ve insan haklarının mesleki ayrıcalıklardan daha üstün olduğunu savunuyor. Yüzyıllar ötesinden gelen Shakespeare'in karakteri dördüncü Henry'nin meydan okuması hala kulaklarımızda yankılanıyor:

*"Hangi kralın egemenliğini istiyorsun dilenci, konuş ya da öl!"*

*Okuma 2. Norman Bethune'un Anısına – Mao ZEDUNG (21 Aralık 1939)*[2]

Kanada Komünist Partisi üyesi Norman Bethune yoldaş Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri Komünist Partileri tarafından Çin'e gönderildiğinde elli yaşlarındaydı; Japonya'ya Karşı Direnme Savaşımızda bize yardım için binlerce kilometrelik yolu bir çırpıda kat etti. Geçen yılın ilkbaharında Yenan'a gelerek Vutay Dağları'nda çalışmaya başladı ve bizi büyük bir üzüntü içinde bırakarak görev başında şehit oldu.

Bu nasıl bir ruhtur ki, bir yabancının hiç kendini düşünmeden Çin halkının kurtuluşu davasını kendi davası olarak benimsemesine sebep oluyor? Bu, her Çinli Komünistin ders alması gereken enternasyonalizm ruhu, komünizm ruhudur. Leninizm bize, dünya devriminin, ancak kapitalist ülkelerin proletaryasının sömürge ve yarı-sömürge halkların kurtuluş mücadelesini desteklemesiyle ve sömürge ve yarı-sömürgelerin proletaryasının da kapitalist ülkelerin proletaryasını desteklemesiyle başarıya ulaşacağını öğretir.

Bethune yoldaş, bu Leninist çizgiyi pratiğe uyguladı. Biz Çin Komünistleri de pratiğimizde bu çizgiyi izlemeliyiz. Bütün kapitalist ülkelerin proletaryasıyla, Japonya'nın, İngiltere'nin, Amerika Birleşik Devletleri'nin, Almanya'nın, İtalya'nın ve bütün diğer kapitalist ülkelerin proletaryasıyla birleşmeliyiz. Çünkü emperyalizmi alt etmenin, milletimizi ve halkımızı kurtarmanın, dünyanın diğer milletlerini ve halklarını kurtarmanın tek yolu budur. Dar anlamda milliyetçiliğe ve dar anlamda yurtseverliğe karşı çıkan enternasyonalizm, bizim enternasyonalizmimiz budur.

Bethune yoldaşın ruhu, kendini hiç düşünmeksizin tamamen başkalarına adaması, çalışmasındaki yüce sorumluluk duygusunda ve bütün yoldaşlara ve halka gösterdiği içtenlikte ifadesini bulur.

---

2 http://www.marxists.org/reference/archive/mao/selected-works/volume-2/mswv2_25.htm

Her Komünist ondan ders almalıdır. Çalışmalarında sorumsuz hareket eden, ağırdan kaçıp hafifi seçen ve zor görevleri başkalarının üzerine atarak kendilerine kolay görevleri seçen kişiler az değildir. Bunlar daima başkalarından önce kendilerini düşünürler. Ufak bir katkıda bulundukları zaman, gururla kabarırlar ve başkalarının gözünden kaçacak korkusuyla böbürlenir dururlar. Yoldaşlara ve halka karşı hiç yakınlık duymazlar; soğuk, ilgisiz ve duygusuzdurlar. Aslında bunlar komünist değildirler ya da en azından kendilerini davaya adamış komünistler olarak görülemezler. Cepheden dönenler arasında, Bethune'un adı geçtiğinde hayranlığını belirtmeyen ve onun ruhu karşısında etkilenmeyen yoktu. Şansi-Cahar-Hopey sınır bölgesinde, asker ya da sivil, Dr. Bethune tarafından tedavi edilen ya da onun nasıl çalıştığını gören herkes ondan etkilenmişti. Her komünist, bu gerçek komünist ruhunu Bethune yoldaştan öğrenmelidir.

Bethune yoldaş bir hekimdi, tedavi sanatı onun mesleğiydi ve Sekizinci Yol Ordusunun tıbbî hizmetinde önemli bir yer tutan bu hünerini sürekli olarak mükemmelleştiriyordu. Yeni bir şey gördükleri anda işlerini değiştirmek isteyen, teknik işleri yararsız ve istikbal vaat etmeyen işler olarak gören kimselere, onun ortaya koyduğu örnek çok iyi bir derstir.

Bethune yoldaşla sadece bir kere karşılaştım. Daha sonraları bana birçok mektup yazdı. Ama çok meşguldüm, ona ancak bir tek mektup yazabildim ve onun da eline geçip geçmediğini bilmiyorum. Ölümüne çok üzüldüm. Şimdi hepimiz onu anıyoruz. Bu onun ruhunun, bize nasıl derin bir ilham kaynağı olduğunu gösterir. Hepimiz, ondan, ne olursa olsun kendimizi hiç düşünmemeyi öğrenmeliyiz. Bu ruha sahip olan herkes halka çok yararlı olabilir. Bir kimsenin yeteneği az ya da çok olabilir; ama o kimse bu ruha sahipse, daha şimdiden mert, dürüst, sağlam bir ahlaka sahip, adi çıkarlardan arınmış ve halka yararlı bir insandır.

**Norman Bethune'un Toplumcu Tıp Düşüncesine Katkıları**

Koruyucu hekimlikten toplumcu tıbba giden yolda önemli kilometre taşları oluşturan Engels, Virchow ve Allende ile karşılaştırıldığında, özgün düşüncelerinden çok *eylemleriyle* ve Engels, Virchow ve Allende tarafından ortaya konan toplumcu sağlık anlayışının yaşam geçirilmesiyle öne çıkan Norman Bethune, insanların *tek başlarına dahi* bir şeyler yapabileceklerini ve tarihin akışına müdahale edebileceklerini yaşamıyla kanıtlamıştır.

Ancak Bethune'un bireysel çabaları ve eylemleri on sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıl romantiklerininkilerden çok farklıdır. Örneğin Bethune'un Montreal'de hastalara ücretsiz bakmaya başlaması, Fidel Castro'nun Küba'da toprak reformuna önce kendi ailesinin topraklarını dağıtmakla başlamasına benzer, bir başka deyişle *öncülük*tür.

Norman Bethune, öncellerinden farklı olarak toplumcu sağlık anlayışına tamamen *insani* kaygılarla ulaşmıştır. Yaşamının büyük bölümünde politika ile uzak - yakın hiçbir ilişkisi olmayan Bethune'u toplumcu tıbba götüren temel güdülerden biri, mesleki uygulamaları için hastalardan *ücret* almak istemeyişidir. Hekimlik hizmetini tamamen *insani* kaygılarla alınır - satılır bir mal olarak görmek istemeyen Bethune, hekimlerin hastalarından para istememesi gerektiğini, hekimlerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli ücretin *devlet* tarafından verilmesi gerektiğini savunmuştur. İngiltere'de uzmanlık eğitimi almış ve aranan önemli bir göğüs cerrahı olmasına karşın muayenehane açmaması nedeniyle eşi tarafından terkedilmiştir.

1930'lara, diğer bir deyişle 40 yaşına kadar politikaya ilgisiz kalan Bethune'un politikaya ilgisi, mesleği gereği üzerinde yoğunlaştığı tüberküloz vakalarından öğrendikleriyle başlamıştır. 1932 yılında yayınladığı bir makalesinde "tüberküloza yakalanan zenginler iyileşirken, yoksullar ölüyor" belirlemesini yapan Bethune, öncüllerinin 1848'den beri bu alanda biriktirdikleri bilgi birikiminden habersiz hastalıklar ile ekonomi arasında ilişkiler kurmaya başlamıştır.

Toplumcu tıp alanında görüşleri 1935 Ağustos'unda Sovyetler Birliği'ne yaptığı gezi sırasında berraklaşan Norman Bethune, bu ülkede sağlık

hizmetlerinin nasıl emeğin *gereksinimlerine göre örgütlendiğini* yakından inceleme fırsatı bulmuş ve burada öğrendiklerini Kanada'ya aktarmak için arkadaşlarıyla beraber bir *sosyalleştirme planı* hazırlamıştır.

Bethune da Virchow ve Allende gibi sağlık hizmetlerinin kamusal olarak örgütlenmesini ve kamu eliyle ücretsiz sunulmasını savunmaktadır:

• Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin postane, ordu, donanma, mahkemeler ve okullar gibi *kamusal mülk* haline gelmesi demektir.

• İkinci olarak, sağlık hizmetleri *kamusal fonlardan* karşılanır.

• Üçüncüsü, hizmetler gelire göre değil, *gereksinime göre ve herkes için*dir.

• Dördüncüsü, sağlık çalışanlarının ücretleri ve emeklilik gelirleri *devlet tarafından* ödenmelidir.

• Beşincisi, sağlık çalışanlarına *demokratik özerklik* verilmelidir.

Ancak Bethune da, Virchow ve Allende de görülen *sağlığın sosyal belirleyicileri* yaklaşımı, bu kadar net görülmemektedir. Vurgu daha çok *tıbbi hizmetler* üzerine ve yoksulların bu hizmetlere *erişebilme hakkına* yapılmaktadır.

Norman Bethune *pratik* bir kişiliğe sahiptir. Sorunlara daha çok gündelik pratik penceresinden bakmayı ve basit çözümler bulmayı tercih eder. Çin'de savaş ortasında, hemen cephede kendisine yardımcı olacak sağlık personelini yetiştirmedeki pratikliği olağanüstüdür. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine de aynı pratik yaklaşım içinde bakar ve Montreal kiliseleri önünde ekmek kuyruklarında bekleyen yoksullara kartvizitini dağıtarak işe başlar.

Yaşamının son yıllarında komünist olan Bethune, toplumcu sağlık anlayışı içinde Engels, Virchow ve Allende yaklaşımlarının bir sentezi gibidir. Bir yandan sağlık sorunlarının sosyalist bir devrimle çözülebileceğine inanırken, diğer yandan sosyalizm yolunda yürürken de sağlık alanında bir şeyler yapılabileceğini savunur. Virchow gibi reformların rolünü abartmaz, fakat bu reformların önemini de küçümsemez. Allende'den farklı olarak devrime "*barışçıl*" yoldan ulaşılamayacağını savunur.

**Kaynaklar**

**Akalın, MA. (2007).** *Dr. Bethune: Örnek Bir Yaşam Öyküsü.* Toplum ve Hekim, 22(4): 291 – 305.

**Allen, T. ve Gordon, S. (1952).** *The Scalpel, The Sword: The Story of Dr. Norman Bethune.* Boston: Little, Brown.

**Anderson, MR., Smith, L. ve Sidel, VW. (2005).** *What is Social Medicine?* Monthly Review, 56(8): 27 – 34.

**Bethune, N. (1973).** *The Wounds.* Guelph, Ontario: Alive Press Limited.

**Elling, RH. (1981).** *Political economy, cultural hegemony, and mixes of traditional and modern medicine.* Social Sicence and Medicine, 15(2): 89 – 99.

**Modell, H. ve Waitzkin, H. (1975).** *Medicine and Socialism in Chile.* Berkeley Journal of Sociology, 19(1974-75): 1 – 35.

**Stewart, R. ve Stewart, S. (2011).** *Phoneix: The Life of Norman Bethune.* Montreal: McGill-Queen's University Press.

**Waitzkin, H. (1978).** *A Marxist View of Medical Care.* Science for the People, 10(6): 31 – 42.

**Waitzkin, H. (2000).** *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Healthcare.* 2.nd Ed. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

**Andrija Štampar**

Yirminci yüzyılda toplumcu tıbbın en önemli öncüleri ve savunucuları arasında ön sıralarda yer alan Štampar, 1937 yılında Endonezya, Bandoeng'de Milletler Ligi tarafından örgütlenen *Kırsal Yeniden Yapılanma ve Hijyen Konferansı*'nda 1970'lerde "*Temel Sağlık Hizmeti*" olarak kavramsallaştırılacak olan hizmetlerin *ilkelerini* bir rapor halinde sunmuştur. Ayrıca Rapor, Virchow'dan 90 yıl sonra sağlık sorunlarının çözümü için yine, öncelikle *toprak reformunu* önermektedir. Bu raporda yer alan öneriler, 1975 yılında DSÖ'nün önüne 38 yıl sonra yeniden getirilecektir[3].

**Dünya Sağlık Örgütü'nün Kuruluşu ve Sağlık Tanımı**

Štampar 1945 yılında özgürlüğüne kavuştuktan sonra uğraşlarını yalnızca ülkesiyle sınırlamamış, İkinci Paylaşım Savaşı sonrası daha adil bir dünya kurulması için Birleşmiş Milletler'de çaba harcamıştır.

Savaşla birlikte Milletler Ligi'nin[4] yıkılmasından sonra, İngiltere, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Güney Afrika, Yunanistan, Belçika, Çekoslovakya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, Polonya, Yugoslav ve Fransız hükümetlerinin temsilcileri 12 Haziran 1941'de Londra'da "*hem*

---

[3] DSÖ yönetimine Temel Sağlık Hizmeti kavramı, 1975 Ocak'ında Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Teşviki başlıklı bir yazıyla sunulmuştur. Yazıda "toplum düzeyinde temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için bir dizi büyük ulusal çabanın sağlık hizmetlerinin hızlı ve etkin gelişimi için tek yol olarak görüldüğü" öne sürülmektedir. Bu gelişime gereksinimlere vurgu yapan 7 ilke rehberlik edecektir:

1. TSH toplumun yaşam biçimine göre şekillenmesi
2. Yerel toplum katılımı
3. Esas olarak toplumun mevcut kaynaklarına dayanırken, maliyet sınırları içinde kalma
4. Topluma ve bireye yönelik önleyici, iyileştirici ve teşvik edici hizmetlerde bütüncül yaklaşım
5. Bütün müdahalelerde en periferdeki en düşük eğitimli sağlık emekçisinin bu müdahaleyi uygulayabilmesinin dikkate alınması
6. Bütün hizmetlerin periferdeki gereksinimleri destekleyici şekilde tasarlanması
7. TSH'nin toplum kalkınmasına katılan diğer sektörlerin hizmetleriyle tam olarak bütünleştirilmesi

Bu aşamada Sovyetler Birliği delegesi Dr. Venediktov'un ulusal deneyimlerin gözden geçirilmesi için uluslararası bir konferans düzenlenmesi konusundaki ısrarı üzerine Alma Ata Konferansı'nın düzenlenmesine karar verilmiştir.

[4] Emperyalistler-arası Birinci Savaş sonunda ülkeler arasında yaşanabilecek sorunları barışçı yollarla çözmek amacıyla 10 Ocak 1920'de kurulan Milletler Ligi (Türkiye 1932 yılında üye olmuştur), İkinci Paylaşım Savaşı'nın çıkmasını ve yayılmasını engelleyememiş ve dağılmıştır.


Andrija Štampar

*savaşta, hem barışta, bir arada ve öteki özgür halklarla birlikte çalışmayı"* öngören bildirgeyi imzalamışlardır. Milletler Ligi yerine kurulacak olan Birleşmiş Milletler için atılan bu ilk adımın ardından, 14 Ağustos 1941'de ABD Başkanı Franklin Roosevelt ile İngitere Başbakanı Wilson Churchill, barış ve güvenliğin korunmasına yönelik uluslararası işbirliği için bir ilkeler dizisi önermişlerdir[5].

1 Ocak 1942 günü, Mihver Ülkeleri'ne karşı savaşmakta olan 26 ülkenin temsilcileri, Birleşmiş Milletler Bildirgesi'ni imzalayarak Atlantik Şartı'na desteklerini ilan etmişlerdir[6]. 30 Ekim 1943'te Moskova'da imzalanan bir bildirge ile SSCB, İngiltere, ABD ve Çin Hükümetleri, barış ve güvenliğin korunması amacıyla uluslararası bir örgütün ivedilikle kurulması için çağrıda bulunmuşlardır. Bu hedef, ABD, SSCB ve İngiltere liderlerinin 1 Aralık 1943'te Tahran'da yaptıkları toplantıda da onaylanmıştır.

Birleşmiş Milletler'in ilk şablonu, Washington'da Dumbarton Oaks Köşkü'nde yapılan bir toplantıda çizilmiştir. 21 Eylül ile 7 Ekim 1944 tarihleri arasında iki aşamalı olarak gerçekleşen görüşmelerde SSCB, İngiltere, ABD ve Çin temsilcileri, kurulacak bir "dünya örgütünün" hedefleri, yapısı ve işleyişi üzerinde görüş birliğine varmışlardır.

Kuşkusuz bu süreçte Milletler Ligi'nin Sağlık Örgütü de işlevlerini yerine getirememiş ve yeniden uluslararası bir sağlık örgütü gereksinimi doğmuştur. İlk olarak savaşın yaralarını sarmak ve halk sağlığı çalışmalarına yardımcı olmak amacıyla 1944 yılında Birleşmiş Milletler Yardım

[5] Atlantik Şartı.
[6] Bildirge, Birleşmiş Milletler teriminin kullanıldığı ilk belgedir.

ve Rehabilitasyon İdaresi kurulmuştur[7].

Yalta'da yaptıkları bir dizi toplantının ardından Roosevelt, Churchill ve Stalin, 11 Şubat 1945 tarihinde, barış ve güvenliği korumak amacıyla bir uluslararası örgüt kurma kararlarını resmen açıklamışlardır. 25 Nisan 1945'de aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 50 ülkenin temsilcileri, San Francisco'da bir araya gelerek 111 maddeden oluşan Antlaşma'ya son şeklini vermişlerdir. Antlaşma, oybirliği ile kabul edilmiş ve ertesi gün imzalanmıştır. San Fransisko toplantısında Brezilya ve Çin delegeleri tarafından, yeni örgütlenen Birleşmiş Milletler bünyesinde bir *uluslararası sağlık örgütü* kurulması da önerilmiştir.

Bir yanda bu bahar iyimserliği yaşanırken, diğer yanda kapitalist dünya sosyalizmin bir dünya sistemi haline gelişini endişeyle izlemektedir. Daha şimdiden dünya coğrafyasının önemli bir bölümü sermayenin denetiminden uzaklaşmıştır. Dünya pazarlarını yeniden paylaşmak için birbirine giren emperyalist güçlerin önemli bir bölümü, Dimyat'a pirince giderken, evdeki bulguru yitirmişlerdir. Bütün bu gelişmeler yaklaşan soğuk savaşın ilk esintilerini politikaya taşımaktadır. Birleşmiş Milletler de emek ve sermaye arasındaki savaşın arenalarından biri olacaktır.

Kuşkusuz bu durum kendisini en belirgin haliyle komisyonların oluşturulması ve yöneticilerin atanmasında göstermektedir. Başını ABD'nin çektiği sermaye cephesi ile Sovyetler Birliği'nin çektiği emek cephesi Birleşmiş Milletler'deki pozisyonları birbirlerine kaptırmak istememektedirler. Bu ortamda Birleşmiş Milletler'in 1946 Ocak ayında Londra'da yapılan ilk toplantısında Yugoslavya delegesi Štampar, *Ekonomik ve Sosyal Konsey* Başkan Yardımcılığı'na seçilmiştir. Uluslararası bir sağlık örgütü kurulması için 1946 yılı Mart ve Nisan aylarında toplanacak olan *Paris Konferansı*'na hazırlık yapmak üzere bir *Teknik Hazırlık Komitesi* oluşturulmuştur. Komite'de yer alan Štampar, *DSÖ Anayasası*'nın yazımında rol almıştır.

1946 Haziran ve Temmuz'unda New York'ta bir *Uluslararası Sağlık Konferansı* düzenlenmiştir. Konferansa 51 ülkeden temsilciler katılmış-

[7] Örgüt savaşın sona ermesiyle birlikte işlevlerini 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü Geçici Komitesi'ne devretmiştir.

tır. Konferansta Hazırlık Komitesi'nin hazırladığı anayasa taslağı tartışılmış ve üye ülkelerin meclislerinde de kabul edilmesi şartıyla birkaç küçük değişiklikle geçici olarak kabul edilmiştir. Konferansta ayrıca 18 ülkeden üyelerden oluşan, *Geçici Komisyon* kurulmasına karar verilmiştir. Štampar oy birliği ile bu komisyonun başkanlığına seçilmiştir.

Ancak Štampar'ın bu kez seçilmesi kolay olmamıştır. Öncelikle ABD temsilcisi Thomas Parran ve Sovyetler Birliği temsilcisi Feodor G. Krotkov Komisyon'un kuruluşuna itiraz etmiştir. Daha sonra belli bir uzlaşma sağlanmış olsa da, Komisyon çalışmalarının pek kolay geçmeyeceği daha baştan belli olmuştur.

1946 – 1948 yılları arasında Geçici Komisyon çalışmalarına başkanlık eden Štampar, 7 Nisan 1948 tarihinde yapılan bir toplantıda faaliyetler hakkında bilgi sunmuş ve DSÖ Anayasası'nın üye ülkeler tarafından onaylanarak yürürlüğe girdiğini bildirmiştir. Bu sürecin çok daha kısa süreceğinin umulmasına karşın, birçok ülke Meclis'i DSÖ Anayasası'nı onaylamak noktasında çok istekli davranmamıştır. 23 Ocak 1948'de henüz ABD Kongresi dahi anayasayı onaylamamış, onaylayan ülke sayısı 20'de kalmıştır (Anayasanın yürürlüğe girebilmesi için en az 26 üyenin onayı gerekiyordu). Štampar'ın çok büyük çabasının da katkısıyla Şubat 1946'da 29 ülkenin onayı alınabilmiştir.

24 Haziran – 24 Temmuz 1948'de Cenevre'de *Birinci Dünya Sağlık Meclisi* toplanmış ve Štampar DSÖ Başkanlığı'na seçilmiştir. Bu toplantıda yaptığı konuşmasında Štampar şunları ifade etmiştir:

"Hastalıklara yalnızca fiziksel ve biyolojik etmenler neden olmazlar. Sanitasyon konularında yalnızca teknik açıdan değil, aynı zamanda sosyolojik açıdan da ele alınması gereken ekonomik ve sosyal etmenler önemi giderek artan bir rol oynamaktadırlar... Sağlık, daha iyi ve daha mutlu bir yaşamın yaratılmasında bir etmen olmalıdır. Herkes için sağlık temel bir insan hakkı olduğundan, topluluğun bütün üyelerine olabildiğince tam bir sağlık koruması sunma yükümlülüğü olmalıdır. Tıp bilimi savunmacı olmaktan çok pozitif bir tutum takınmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nü bu alanda büyük görevler beklemektedir ve gelecekteki başarıları büyük ölçüde bu düşünceleri uygulamaya koyabilme yeteneğine bağlı olacak-

tır. Açıktır ki, Dünya Sağlık Örgütü ulusal sağlık idarelerinin üzerine yerleştirilmiş bir sağlık idaresi olamaz; ancak, fikir alış-verişiyle, doğru bir tutumla ve deneyimlerin yaygınlaştırılmasıyla bu alanda çok şey yapabilir. Diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü negatif bir tutum benimserse (yani uluslararası önemde belirli hastalıklara karşı savunma tutumu benimserse) ve sağlık sorunlarını küresel önemde sorunlar olarak ele almazsa, daha baştan yenilgiye mahkumdur ve savaşı yitiririz... Ayrıca önümüzde Dünya Sağlık Örgütü için diğer bir görev görünüyor -yeni tip bir hekim ve uzmanlaşmış sağlık emekçilerinin gelişimine katkıda bulunmak. Sağlığını yitirenlere hizmet sunacak olan bu yeni hekim tipi, bunun modern halk sağlığı hekiminin görevlerinin ve işinin yalnızca bir kısmı olduğunu anlayacaktır. Hedef, sözcüğün en geniş anlamında "herkes için sağlığın" başarılmasına tam katkıda bulunmaktır. Bu yoldan ilerlersek, Dünya Sağlık Örgütü dünya barışının ve uluslar arasında anlayışın güçlü bir öncüsü haline gelebilir".

Štampar Dünya Sağlık Örgütü'nün ilk 10 yılında çok önemli roller alarak, kırsal kesimde sağlık hizmeti örgütlenmesi, hemşirelerin eğitimi ve sağlık sistemi içindeki statüleri, özellikle sanitasyon ve su kirliliği temaları başta olmak üzere çevre sağlığı alanlarında önemli katkılarda bulunmuştur. Kuşkusuz bunlar arasında en önemli katkısı, DSÖ Anayasası'nın *Giriş* bölümünü kaleme almış olması ve burada bugün de kullanılmaya devam edilen *sağlık tanımını* yapmasıdır:

*Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik halidir."*

**Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık Tanımının Anlamı ve Önemi**

İlk çağlarda insanlar hastalıkları *dışsal* olgular olarak görmüşlerdir. Hastalıkları miyazma, şeytani güçler, işlenen günahlar veya lanetlenme gibi *dışsal etkenlere* bağlayan tarım toplumu insanları, bu etkenlerin hastalıkları oluşturma mekanizmasına model olarak (en iyi bildikleri yoldan giderek), *tohumun toprak altında bitkilere gelişmesini* örnek almışlardır. Nasıl toprağa *"dışarıdan"* atılan küçük tohum zerreleri çeşitli bitki ve sebzelere dönüyorsa, *dışsal hastalık etkenleri* de beden içinde aynı şekilde büyür ve hastalıklara ilişkin dışarıdan görülebilen belirti ve bulgular

ortaya çıkar.

Yine bu hastalık etkenleri hasta bir bedenden çıkıp, sağlam bir bedene geçerek yayılabilir. Sonuç olarak hastalık etkeni kesinlikle insana *dışsaldır* ve ancak *dışarıdan gelir*. Eski Yunanistan'da hastalıkların Pandora'nın kutusundan çıkması, İncil ve Kuran gibi kitaplardaki hastalıkların tanrı tarafından ceza olarak gönderildiği efsaneler hastalıkların dışsallığına ilişkin düşünceleri pekiştirmekte ve *ilahi* bir referans sağlamaktadır.

17. – 19. yüzyıllar, tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş dönemidir ve bu süreçte insanın dünyaya bakışı ve algılayışı değişmeye başlamıştır. Ontolojik hastalık teorilerine *ilk bilimsel yanıt* 19. yüzyılda Virchow'dan gelmiştir. Virchow'a göre bir hasta iki antiteden oluşur: *kendisi* ve *edinilmiş hastalık.*

Ancak edinilmiş hastalık, kökenini ontolojik teorilerde olduğu gibi organizmanın dışından (dış dünyadan) değil, *bizzat hastanın bedeninden almaktadır.*

Rodin'e göre insanların hastalıkların nedenlerine ilişkin yaklaşımları *beş aşama*dan geçmiştir:

*Antik dönemde* hastalıkları işledikleri bir günahın cezası veya şeytanın bir eylemi olarak kavrayan insanlar, sağlık sorunlarının çözümü için şamanlara vb. başvurmuş, hastalıklar dualar ve şeytan kovma ayinleriyle tedavi edilmeye çalışılmıştır. Günümüzde kanser gibi henüz tıbbın yetersiz kaldığı hastalıklara yakalananların "*tanrım ben ne yaptım da bu derdi bana verdin*?" türünden yakınmaları, bu çağlardan kalma bir kavrayışı anımsatır.

*Eski Yunan dönemi*nde olaylar ve olgulara akılcı açıklamalar getirme çabası, tıpta *humour teorisi*nin kabul edilmesiyle kendisini gösterir. Buna göre vücut sıvıları (kan, balgam, sarı ve siyah safra) arasındaki anormal etkileşimler belirli hastalıkların semptomlarına yol açmaktadır. Hekimin görevi hastasının vücut sıvılarının yeniden normal duruma gelmelerine yardımcı olmaktır. Günümüzdeki alternatif tıp uygulamaları (perhizler, egzersizler, diyet vb) kökenlerini bu anlayıştan alırlar.

*Orta çağda* (veya feodal toplumlarda) dinin toplumsal yaşam üzerine yeniden egemen olması, olay ve olgulara akılcı yaklaşımlar getirme ça-

balarını zayıflatmıştır. Her ne kadar Hipokratik – Galenik tıbbi yöntemler terk edilmemiş olsa da, hastalıkların nedenlerine ilişkin astrolojik yaklaşımlar yaygınlaşmıştır. Buna göre hastalık, sağlık ve ölüm aslında yıldızların etkisi altındaki olaylardır ve tedavinin planlanmasında güneşin konumu ve mevsimler çok önemlidir.

İnsanın hastalık semptomlarına *hastalanan organların neden olduğu* bilgisine ulaşması 14. yüzyıldan sonra mümkün olabilmiştir. İtalya'da salgınların nedeninin anlaşılabilmesi için Papa'nın ölüler üzerinde otopsi yapılmasına izin vermesiyle birlikte, batı dünyasında hastalıklara ilişkin bilgiler hızla artmaya ve çağdaş tıp oluşmaya başlamıştır. Gözleme dayalı tıp yerini, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin elverdiği ölçüde, tıbbın günümüzdeki son aşaması olan deneysel tıbba bırakmıştır.

*Aydınlanma çağı* ile birlikte yaşamı dinsel öğretilerle açıklama çabalarının yerini yeniden akılcı yaklaşımların alması, özellikle tıbbın deneysel döneminde tıpta büyük gelişmelere yol açmıştır. Hastalık etkenlerinin mikroskop altında gösterilmesi ve bu etkenlerin hangi mekanizmalarla hastalıklara yol açtığının ortaya konması, insanların geleneksel sağlık/hastalık anlayışlarını pekiştirmiştir. İnsan bedenini bir *makine* olarak gören ve hastalıkları bu makinenin bozulması olarak yorumlayan yaklaşım, sağlık hizmetlerini de insanın hastalıklardan korunması ve hastalandığında da bozulan kısmının tamir edilmesi olarak kavramıştır. Sağlığa *biyomedikal yaklaşım* olarak tanımlanan bu *mekanik* bakış, *sağlığın hastalık veya sakatlığın olmayışı biçimindeki geleneksel tanımıyla tam bir uyum içindedir.*

Fransız devrimini izleyen yıllarda Avrupa'da özgürleşmeye başlayan bilim dünyası, olayları ve olguları kutsal kitapları referans almadan, bilimsel yöntemlerle açıklama çabalarını arttırmıştır. 1800'lerin başlarında Fransa'da Villermé, Cabanis ve Guerin sağlık ile sosyal yapı arasındaki ilişkilere işaret eden bulgular ortaya koymuşlardır. Tarihin çok eski dönemlerinden beri fiziksel çevre ile bazı hastalıklar (örneğin sıtma) arasında ilişki olabileceğinden kuşku duyulmuş fakat ilk kez 18. yüzyılda Avrupa'da hastalıkların ve ölümlerin kentlerin yoksul mahallelerinde ve özellikle işçi sınıfının yaşam alanlarında yoğunlaştığı açıkça ifade edilme-

ye başlanmıştır. İngiltere'de Chadwick ve Thackrah, yaşam ve çalışma koşulları ile hastalıklar ve ölümler arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir.

Yaşama diyalektik materyalist bir perspektifle bakan Engels, 1845 yılında İngiltere'deki emekçi sınıfların yaşam ve çalışma koşullarını değerlendirdiği eserinde, kapitalist üretim tarzı ve toplumun kapitalizmin (sermayenin) gereksinimlerine göre örgütlenmesi ile hastalık ve ölüm arasındaki ilişkiye örnekler sunmuş ve bugün *sağlığın sosyal (toplumsal) belirleyicileri* olarak tanımlanan gelir, barınma, beslenme, eğitim vb. belirleyicilerle hastalıklar ve ölüm arasındaki ilişkiyi bilimsel kanıtlarla ortaya koymuştur.

Virchow hastalıkların bağımsız veya izole varlıklar, otonom organizmalar, bedeni istila eden veya bedende gelişen parazitler olmadıklarını; yalnızca değişen koşullar altındaki yaşam süreçlerinin görüngüleri olduğunu açıklamıştır. Bu anlayışla hastalıklar organizmanın "iç ortamlarındaki" bazı dengeleri bozan değişimlere tepkisi veya bunlarla başa çıkabilmekte başarısızlığa uğraması sonucu oluşur.

Canlı organizmalar dış ortamlarıyla değil, fakat iç ortamlarında dinamik bir denge durumunda olan sistemler olarak görülebilir. Yaşamlarını sürdürebilmek için dış ortamla sürekli olarak enerji ve madde alış-verişi yaparken, iç ortamlarının bileşimini belirli sınırlar içinde sabit tutmaya çalışırlar. İç ortamlarındaki değişimlere davranışsal yanıtlar, immün tepkiler ve detoksifikasyon süreçleri gibi çeşitli homeostatik mekanizmalarla uyum sağlarlar. Bu görüşe göre hastalık, iç ortamdaki değişimlerin geçici veya kalıcı olarak organizmanın uyum kapasitesini aşması veya uyum mekanizmalarındaki bir bozulmanın yetersiz bir yanıta yol açması sonucu oluşur.

Ancak 19. yüzyılda hastalıkların etiyolojisine ilişkin geleneksel sağlık tanımıyla uyum içindeki bu yaklaşımlar, daha Koch'un tıpta devrim yarattığı düşünülen postulatlarını ortaya koyduğu günlerde eleştirilmeye başlanmıştır. Hastalıklar ve ölümler ile hastalık etkenleri dışında başka şeylerin de ilişkili olabileceğini düşündüren çalışmalar, belirli bir etkenin bazı insanlarda hastalığa yol açarken başkalarında hastalığa yol açmadığına ilişkin gözlemler ve deneyler, hastalıkların nedenlerine ilişkin biyo-

medikal yaklaşımı sorgulamaya başlamıştır.

Bütün bu tarihsel süreçte sağlık ve hastalık *birbirlerinden bağımsız ve ayrı kategoriler* olarak kavranmaktadır. Bir başka ifadeyle bunlardan biri varsa, diğeri yoktur; yani bir insan ya sağlıklı, ya da hastadır. DSÖ'nün sağlık tanımı ise, sağlık ve hastalığı *tek bir sürecin birbirlerinden makasla kesilip ayrılamayacak anları* olarak kavramasıyla önceki sağlık kavrayışlarından *niteliksel* bir sıçramayı ifade etmektedir[8]. Daha önceleri sağlık, sağlığın fiziksel boyutu dışında kalan boyutlarına (ruhsal, toplumsal vb) vurgu olsun ya da olmasın, yalnızca *hastalık ve sakatlığın olmayışı* biçiminde tanımlanmaktaydı. Oysa DSÖ artık bir bireyin sağlıklı olup olmadığına karar vermek için onun hasta veya sakat olup olmadığına değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali içinde olup olmadığına bakılması gerektiğini söylemektedir.

Sağlığa bu bakış, sağlığa ilişkin o güne kadar bilinen ve uygulanan her şeyin alt-üst olması anlamına gelmektedir. Sağlığı, hastalığın ve sakatlığın yokluğu olarak gören, dolayısıyla sağlığı biyolojiye indirgeyen anlayışın tıp eğitiminden sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine kadar her alanda yaklaşımı hastalık odaklıdır. Yani bu anlayış esas olarak hastaların iyileştirilmesini ve mümkünse sağlığın korunmasını esas alır ve tıbbı ve sağlık hizmetlerini bu anlayış çerçevesinde örgütlemeyi öngörür.

Oysa DSÖ, sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal bir iyilik hali olarak tanımlayarak, sağlık ve iyilik odaklı bir yaklaşımı benimsemektedir. Bu yaklaşım sağlık için tıbbi hizmetler dışında başka şeylerin de yapılması gerektiği anlamına gelir. Bu anlayışta sağlık hizmetleri yalnızca hastaların tedavisi veya insanları hastalıklardan koruyacak önlemlerin alınmasıyla (tıbbi hizmetlerle) sınırlı değildir, sağlıksızlık üreten maddi yaşam ve çalışma koşullarının değiştirilmesi de sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilir.

Kuşkusuz bu anlayış 1948 yılında birdenbire ortaya çıkmamıştır; aksine geçen yüz yıllık bir dönem içinde oluşmuş, gelişmiş ve yaygınlaşarak

[8] Çağımızın en önemli tıplumcu tıp teorisyenlerinden biri olan Vicente Navarro'ya göre DSÖ'nün sağlık tanımı geleneksel sağlık ve tıp anlayışından muazzam bir kopuş olup, bu yeni tanım sağlık hizmeti anlayışını da kökten değiştirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından son haliyle tanımlanabileceği bir olgunluğa ulaşmıştır.

Hastalıkların ve dolayısıyla sağlığın kökenlerinin insanların maddi yaşam ve çalışma koşulları olduğunu tarihte ilk ortaya koyan Friedrich Engels'tir. Engels 1845 yılında yayınlanan İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu isimli eserinde sanayileşmenin emekçileri nasıl kaçınılmaz olarak hastalıklara neden olan koşullarda yaşamaya ve çalışmaya zorladığını kanıtlamış ve hastalık ve ölüm üreten bu koşulların değiştirilmesi gerektiğini söylemiştir.

Engels'ten büyük ölçüde yararlanan ve *toplumcu tıbbın babası* olarak tarihe geçen Rudolf Virchow, insanların içinde yaşadığı maddi koşulların hangi mekanizmalarla sağlıklarını ellerinden aldığını ve bunlarla mücadele için neler yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Daha sonra Virchow'un düşünceleri önce Avrupa'da, daha sonra Amerika kıtasında diğer toplumcu tıp üstatları tarafından geliştirilmiş, Sovyetler Birliği'nde yaşama geçirilmiş ve 1940'larda DSÖ'nün sağlık tanımı olarak billurlaşabileceği bir hale gelmiştir.

1941 yılında, sağlığa toplumcu açıdan yaklaşan ve toplumcu tıp düşüncesinin teorisyenlerinden biri olan Henry E. Sigerist, "*sağlıklı bir bireyin, bedensel ve ruhsal bakımdan dengeli, fiziksel ve toplumsal ortamına iyi uyum sağlayabilen biri*" olduğunu ifade etmiştir. Bu anlamda sağlık *yalnızca hastalığın olmayışı değildir*; yaşamdan keyif almak ve yaşamın bireyin önüne koyduğu sorumlulukları neşeyle kabullenmektir. Andrija □tampar DSÖ Anayasası için sağlığın tanımını yaparken, yukarıda aktarılan süreçten damıtılarak gelen ve Sigerist'te billurlaşan bu pozitif yaklaşımdan oldukça etkilenmiştir.

Kuşkusuz sağlığı bu şekilde tanımlamak demek, sağlığa ve dolayısıyla tıp eğitiminden, sağlık hizmetlerinin sunumuna kadar tıbbın ve sağlığın örgütlenmesine bambaşka bir yaklaşım getirmek demektir. Nasıl sağlığı, hastalığın ve sakatlığın olmayışı olarak gören yaklaşımın dolaysız bir ürünü olarak tedavi edici hekimlik ve sanitasyon ortaya çıktıysa ve bunlar muayenehaneler ve hastaneler ile halk sağlığı kurumları olarak örgütlendiyse; sağlığı yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, aynı

zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali olarak gören yaklaşımın doğrudan bir ürünü olarak önce koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birbirlerinden bağımsız ve ayrı ayrı değil *bütüncül* olarak ve *bir arada* sunulduğu kurumlar (dispanserler) ortaya çıkmış, daha sonra sağlık hizmetlerini salt tıbbi hizmetler olmaktan çıkartarak diğer disiplinlerle birleştiren *temel sağlık hizmetleri* kavramı ortaya atılmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi Štampar, 1937 yılında günümüzde Temel Sağlık Hizmetleri olarak bilinen topluma dayalı bir örgütlenme ve hizmet anlayışını ilkeler bazında ortaya koymuştur.

Özetlemek gerekirse, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı toplumcu bir bakış açısıyla tanımlamış olması kuşkusuz çok önemlidir; fakat bu, sağlığı böyle tanımlamanın gerekleri yerine getirilmedikçe, tek başına fazla bir anlam ifade etmeyecektir. Nitekim bu tanımın gerek Dünya Sağlık Örgütü'nün ve gerekse tek tek ülkelerin sağlık politikalarına yansıtılmasında çok büyük sorunlarla karşılaşılmıştır.

**Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık Tanımına Yönelik Bazı Eleştiriler**

İkinci Paylaşım Savaşı'ndan sosyalizmin beklenmedik bir şekilde bir dünya sistemi olarak ve dünyanın üçte birini kapsayarak çıkması, toplumcu güçlere yaşamın her alanında büyük bir düşünsel üstünlük sağlamış ve bu ortamda sermaye dünyanın birçok yerinde egemenliğini sürdürebilmek için emeğe büyük tavizler vermek zorunda kalmıştır. Daha sonraki yıllarda Türkiye'ye de bir ölçüde yansıyan *refah devleti* politikalarının uygulamaya konduğu bu dönemde emekçiler sağlık alanında da önemli kazanımlar elde etmişlerdir.

Bu ortamda hiç kimse Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenen sağlık tanımının ve sağlığın bir hak olarak tanımlanmasının karşısında durmaya cesaret edememiştir. Peikoff gibiler ancak Berlin duvarı yıkılıp emekçiler teslim alındıktan sonra sağlığın bir *hak olmadığını* iddia edebilmişlerdir. Peikoff Kaliforniya'da bir Belediye Meclisi'nde yaptığı konuşmada sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin ahlaksızlık olduğunu ve sağlık hakkı diye bir şeyin olamayacağını savunmuş ve Clinton'ın sağlık reformuna şiddetle karşı çıkmıştır.

Kuşkusuz sermaye Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımını kabul et-

tiği 1948'den, Berlin duvarının yıkıldığı 1989 yılına kadar geçen 40 yıllık süreçte boş durmamış, bu tanımın gereklerinin yerine getirilememesi için elinden geleni başta ABD olmak üzere önde gelen güçleri aracılığıyla engellemeye çalışmıştır. Bu sürecin ilk 10 yılında (1948 - 1958) Andrija Štampar'ın bütün çabalarına karşın sağlığa hastalık odaklı yaklaşım devam etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü bu süreçte ülkelerin sağlık hizmetlerini geliştirmelerine yardımcı olmak yerine, bu dönemin önemli sağlık sorunları arasında yer alan bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, tüberküloz ve bazı önemli viral hastalıklar) mücadele politikasını benimsemiştir.

Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü belirli bulaşıcı hastalıklarla mücadele için *dikey örgütlenme modellerine* ağırlık vererek, tek tek hastalıkları yok etmeye çaba göstermiştir. Oysa bu tutum örgüt tarafından benimsenen sağlık anlayışına aykırıdır. Örgüt sağlığın yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali olduğunu kabul ederek, sağlık sorunlarının yalnızca hastalıklarla mücadele edilerek çözülemeyeceğini kabul etmiş olmasına karşın, hastalıkların içinde oluştuğu ve yayıldığı maddi yaşam ve çalışma koşullarına yönelik bir politika geliştirmemektedir.

Başta Sovyetler Birliği olmak üzere toplumcu tıptan yana güçler örgütün üye ülkelerde sağlık hizmetlerini geliştirmek yerine hastalıklarla mücadeleye girişmesini eleştirmişlerdir[9], ancak DSÖ içinde yeterli güce (karar yeter sayısı) sahip olmadıklarından etkili olamamışlardır. DSÖ'nün bu politikaları başta Asya, Afrika ve Latin Amerika'nın bağımsızlıklarını yeni kazanmış ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesine hizmet etmekten çok, bu ülkelerde yaygın olan bulaşıcı hastalıkların metropollere ulaşmasını engellemeye hizmet ettiği görülmüştür.

1951 yılında DSÖ'nün *Halk Sağlığı İdaresi Birinci Uzmanlar Komitesi*, Komite'de yer alan Andrija Štampar ve Karl Evang'ın[10] (1902 - 1981)

[9] Bu eleştiriler 1970'te başarıya ulaşacak ve DSÖ sosyalist ülkeler tarafından başlatılan "Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi İçin Temel İlkeler" insiyatifini benimseyerek Temel Sağlık Hizmetleri konferansının düzenlenmesini kabul edecektir. Böylece 1977 yılında "2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık" politikası kabul edilmiş ve 1978 yılında Alma Ata Konferansı düzenlenmiştir.

[10] Norveçli hekim ve siyasetçi; toplumcu tıp savunucularından olup, DSÖ'nde önemli görevler

önerisiyle Temel Sağlık Hizmetleri konusunu gündemine almıştır. Ancak Štampar ve Evang'ın çabaları sonuç vermemiş, DSÖ kaynakları ve etkinlikleri sermayenin talepleri doğrultusunda temel sağlık hizmetleri yerine kitlesel hastalık eradikasyon kampanyalarına yöneltilmiştir.

1960'larda Štampar'ın ölümünden sonra DSÖ'nün *hastalık merkezli* faaliyetleri bocalamaya başlamış ve Štampar'ın önerileri (ne yazık ki atıf yapılmaksızın) yeniden "keşfedilmiştir".

DSÖ'nün sağlık tanımına yönelik eleştiriler oldukça geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Yelpazenin bir ucunda sağlığın eski tanımından (hastalığın ve sakatlığın olmayışı) yola çıkılarak, yeni tanımın gereksiz yere çok geniş tutulduğu ve örneğin toplumsal iyilik hali gibi hekimin ve hastanenin üzerine vazife olmayan işleri kapsadığı öne sürülürken; diğer uçta yeni tanımın çok eksik olduğu ve örneğin sağlığın spiritüel ve etik boyutlarına hiç değinilmediği iddia edilmektedir.

Bazıları ise sağlık tanımını çok *idealist* bulmakta ve herkesin sağlıklı olmasını *gerçekçi* bulmamaktadır. Bunlara göre birincisi, herkesin sağlıklı olabilmesinin önünde en başta *genetik* engeller vardır; ikincisi, sağlığa ayrılan kaynaklar, bütün kaynaklar gibi sınırlıdır ve hiçbir zaman herkesin sağlıklı olabilmesine yetecek kaynak bulunamayacaktır; son olarak, sağlığın belirleyicilerine ve sağlık alanındaki müdahalelerin etkinliğine ilişkin bilimsel bilgilerimiz böyle bir ideal için oldukça yetersizdir.

1970 ve 80'lerde DSÖ'nün sağlık tanımını eleştirenler, sağlığın iyilikle özdeş olmadığını, iyiliğin bir parçası olduğunu öne sürmüşlerdir. DSÖ'nün sağlık tanımının gündelik yaşamın sağlık dışı ögelerini medikalize ettiğini öne süren eleştirmenler, kendi aralarında *tanımlayıcılar* ve *kuralcılar* olarak ikiye ayrılmışlardır. Tanımlayıcılar hastalık ve sağlığın, tipik biyolojik işlev düzeylerinden istatistiksel sapma ile ifade edilebilecek ve değer yüklenmeden belirlenebilecek kavramlar olduğunu öne sürerken (biyoetikçiler tarafından benimsenmektedir), kuralcılar sağlığı bireyin yaşamsal amaçlarını gerçekleştirebilme yeteneği ile ilişkilendirmektedirler. İkinci yaklaşım ise sağlığı kültürel bakımdan göreli bir hale getirmektedir.

---

üstlenmiştir.

Abel Smith'e göre DSÖ'nün sağlık tanımı *idealleri tumturaklı bir biçimde ifade etmekte, fakat sağlığın nasıl ölçülebileceğine ilişkin hiçbir ipucu vermemektedir.* Sağlığı değil fakat sağlıksızlığı ölçen mortalite ve morbidite istatistikleri en sık kullanılan ölçütlerdir; ancak bunların elde etmek için toplanan verilerin kalitesi konusundaki şüpheleri aşmak oldukça güçtür.

Bir kısım eleştirmenler, sağlığa biyomedikal yaklaşımın oldukça işlevsel olduğunu ileri sürmektedirler. Sağlık böyle tanımlandığında sağlıkçıların görevleri ve sağlık kurumlarından (hizmetlerinden) beklentiler çok açık bir şekilde ortaya konabilmekte, sağlık *ölçülebilir* ve *kıyaslanabilir* bir niteliğe bürünmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi DSÖ'nün sağlık tanımının en büyük destekçileri toplumcu güçlerdir. Başta Sovyetler Birliği olmak üzere sosyalist ülkeler, toplumcu bir sağlık anlayışını yansıtan bu tanıma uygun toplumsal pratikler geliştirmeye çalışmışlardır.

1917 Ekim devrimiyle Sovyetler Birliği kurulduğunda ete kemiğe bürünen toplumcu sağlık ve tıp anlayışı tarihte ilk kez sağlığı, salt hastalıkların iyileştirilmesi dışında bir bağlamda ele alarak, tıp eğitimi ve sağlık hizmetlerinde tedavinin rolünü azaltmıştır.

1922'den itibaren tıp eğitimi müfredatında yapılan değişikliklerle dersler içinde koruyucu yaklaşımın payı arttırılırken, eğitimde uygulamaya ağırlık verilmiştir. Bu anlayışla 1924 yılında gerçekleştirilen reformla tıp eğitimi üçe ayrılmış ve genel tıp fakülteleri yanında çocuk sağlığında erken uzmanlaşma sağlayan pediatrik tıp fakülteleri ve ağırlıkla koruyucu hekimlikte erken uzmanlaşma olanağı veren hijyen tıp fakülteleri açılmıştır.

Temel sağlık hizmeti kavramının izlerine ilk kez 1918 yılında Sovyetler Birliği'nde örgütlenen *sağlık merkezlerinde* rastlamak mümkündür. Bu dönemde örgütlenen *dispanserler*, önleyici ve iyileştirici tıp hizmetlerinin sosyal destekle bütünleştirildiği sağlık kurumlarıdır. Hamile kadınlar ve bebekler ile çocukları sağlık bakımından risk grupları olarak kabul eden ve bu gruplara yönelik özgün politikalar geliştiren yaklaşımlar, okul sağlığı, "*sosyal*" hastalıklara yönelik özgün müdahaleler gibi çalışmalar

temel sağlık hizmetlere giden yolun taşlarını döşemişlerdir.

1920 yılında İngiltere'de emekçi ayaklanmalarının baskısı altında Lord Dawson başkanlığındaki bir konsey tarafından birincil sağlık bakımı ile önleyici hizmetlerin bütünleştirilmesine yönelik bir rapor hazırlanmış ve İngiltere'de ilk dispanserler açılmıştır. Bir yıl sonra ise dispanser uygulaması ABD'nin New York ve Kaliforniya eyaletlerine ulaşmıştır. Bu model 1921 yılında Andrija Štampar tarafından benimsenerek Yugoslavya'da uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'de ilk dispanserler 1924 yılında açılmıştır. Birinci basamakta hastaların ücretsiz olarak tedavi edildiği ve ilaçlarının ücretsiz verildiği bu kurumlar, Sovyetler Birliği'ndeki dispanserlere çok benzemektedir.

1920'lerde çalışma alanları (fabrikalar ve tarlalar), okullar, ana ve çocuk sağlığı esas alınarak yaygınlaştırılan ve koruyucu hizmetlerin ağırlıklı olarak sunulduğu sağlık hizmeti modeli, 1950'li yıllarda polikliniklerin hastanelerde toplanmasıyla değişmeye ve sağlıkta tedavi hizmetlerine ağırlık verilmeye ve giderek sağlık sorunlarını başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerine ve hastanelere havale eden bir anlayış yerleşmeye başlamıştır.

1960'larda bu yeni anlayışa uygun olarak Amerikan tarzı tıp eğitimine öykünme göze çarpmaktadır. 1957 reformuyla genel tıp fakültelerinde eğitime intörnlük eklenmiş, klinik ders saatleri arttırılmış ve tedavi edici hekimliğe ağırlık verilmeye başlanmıştır.

Kuşkusuz Soğuk Savaş dönemine uluslararası arenada damgasını vuran rekabet, emek ile sermaye cepheleri arasındaki rekabettir; ancak bu dönemde emek cephesi kendi içinde bir bütünlük sağlamaktan çok uzaktır. Bu cephenin en önemli iki aktörü (SSCB ve Çin) arasındaki ideolojik kutuplaşma ve emek dünyasının önderliği için rekabet de kendisini her alanda hissettirmektedir. 1960'lara doğru yolları ayrılmaya başlayan Çin ve Sovyetler Birliği, sağlık alanında da farklı politikalar izlemişlerdir.

Sovyetler Birliği'yle yollarını ayırdıktan sonra Üçüncü Dünya Ülkeleri'yle yakın ilişkiler kuran Çin, sağlık alanında Yalınayak Hekimler hareketiyle öne çıkmıştır. Devrimden sonra uzun süre elindeki hekim insangücünü ülke içinde dengeli bir şekilde dağıtmayı başaramayan

Çin'de, 1965 yılında kırsal alanların hekim gereksinimini karşılamak için harekete geçilmiş ve kent hastanelerinde oluşturulan mobil hekim ekipleri kırsal alanlara hizmet sunmak ve yerli paramedikleri eğitmek üzere gönderilmeye başlanmıştır. 1968 yılında bu çabalar Yalınayak Hekimler Programı'na evrilerek ulusal bir politika haline gelmiştir. Çoğu lise mezunu yalınayak hekimler hastanelerde 3 – 6 aylık eğitimden sonra kendi köylerinde hastaları tedavi etmeye başlamışlardır.

Oldukça düşük düzeyde bir tıbbi teknoloji kullanan Yalınayak Hekim Programı kısa zamanda beklenmedik bir başarı elde etmiştir. Bunun üzerine Program genişletilerek tedavi hizmetlerinin yanında bağışıklama, gebe izlemi ve doğum, sanitasyonun iyileştirilmesi gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri de sunulmaya başlanmıştır. Geleneksel bitkisel tedaviler ve akupunkturdan çok antibiyotikler ve batılı ülkeleri kullandığı ilaçlar ile basit cerrahi girişimler uygulayan Yalınayak Hekim Programı DSÖ tarafından geri bıraktırılmış ülkelerde tıbbi hizmet sıkıntısına çözümde başarılı bir örnek olarak gösterilmiştir[11].

Nusret Fişek de Çin'deki Yalınayak Hekim uygulamasına ilişkin düşünceleri şöyledir:

"Az gelişmiş ülkeler arasında sağlık sorununu büyük başarıyla çözen Çin Halk Cumhuriyeti'dir. Çin yöneticileri, pragmatik bir yoldan hareket etmişler ve kırsal bölgelerde köylüler ve fabrikalarda işçiler arasında seçmiş oldukları kimselere iş zamanları dışında hasta muayenesi, en sık görülen hastalıkların nasıl tedavi edileceği, ilk yardım, ebelik, küçük cerrahi müdahaleler, aile planlaması, klinik uygulamaları ve koruyucu hekimlik hizmetleri konularında eğitim yapmışlar, ve bu işçi köylülere sağlık hizmetleri yürütme yetkisi vermişlerdir. Çıplak ayaklı doktor (barefoot doctor) veya köylü doktor (peasant doctor) adı verilen bu yardımcı hekimler tıp fakültesi mezunu hekimlerin yönettiği sağlık merkezleriyle işbirliği yapmakta ve merkezlerdeki hekimler, bu yardımcı hekimleri devamlı olarak hizmet başında eğitmektedirler. Çıplak ayaklı doktorlar, kendile-

[11] 1970'lerin ikinci yarısında Çin bu politikadan geri dönmüştür. 1975 yılında Deng Xiaoping yalınayak hekimlerin bilgilerini zamanla arttıracaklarını ve gelecekte "ayakkabılarını giyeceklerini" söylemiştir.

rinin tedavi edemeyecekleri hastaları ayırmakta ve bunları bağlı oldukları sağlık merkezlerine yollamaktadır. Çin Halk Cumhuriyeti'nde köy ve şehirlerde halk tababeti uygulayıcılarına da yardımcı hekim eğitimi yapılmıştır. Bunlar da sağlık örgütlerinde yardımcı hekim gibi çalıştırılmaktadır. İlaç sorununa gelince; Çin'de gerekli batı ilaçları kullanılmakla beraber otlardan yapılan halk ilaçlarının kullanılması da desteklenmektedir. Bu yolla hükümetin ilâç harcaması, en alt düzeyde tutulabilmektedir. Çin Halk Cumhuriyeti'ni son yıllarda gezen ve Çin'i eskiden bilen Batılı ve Amerikalı hekim ve hemşireler, Çin'in sağlık ve aile planlaması alanında kazandığı başarının hayret verici olduğunu belirtmektedirler".

Tejada de Rivero 1970'lerde Sovyetler Birliği'nde toplumcu tıp anlayışının terkedilmeye başlamasının ilk sinyallerini almıştır:

"Sonunda 1975'de toplanan 28. Dünya Sağlık Meclisi'nde herkes için ve herkes tarafından sağlık bakımına yeni yaklaşımlara acil gereksinim kabul edilmişti. Temel sağlık hizmeti nosyonu böyle ortaya çıktı ve bu geri bıraktırılmış ülkeler için bir zaferdi. ... fakat bunu bilimsel ve teknolojik ilerlemede bir geri adım olarak gören Sovyetler Birliği karşı çıktı. Bu durum, "Flexner" modelinin Soğuk Savaşın ideolojik cephelerini aştığını gösteriyordu".

**Kaynaklar**

**Abel-Smith, B. (1994).** *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing.* London: Longman.

**Akalın, MA. (2010).** *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama Yayınevi.

**Brown, TM. ve Fee, E. (2006).** *Andrija Štampar: Charismatic Leader of Social Medicine and International Health.* American Journal of Public Health, 96(8): 1383.

**Brown, TM. ve Fee, E. (2012).** *Ludwig Teleky (1872–1957): A Leader in Social and Occupational Medicine.* American Journal of Public Health, 102(6): 1107.

**Donev, D., Pavlekovic, G., Zaletel-Kragelj, L. (Ed). (2007).** *Health Promotion and Disease Prevention: A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers.* Forum for Public Health Collaboration in South Eastern Europe. Lage, Germany: Hans Jacobs Publishing Company.

**Dugac, Z., Fatovic-Ferencic, S., Kovacic, L. ve Kovacevic, T. (2008).** *Care for Health Cannot Be Limited to One Country or One Town Only, It Must Extend to Entire World: Role of Andrija Štampar in Building the World Health Organization.* Croatian Medical Journal, 49: 697 – 708.

**Fatovic-Ferencic, S. (2008).** *"Society as an Organism:" Metaphor as Departure Point of Andrija Štampar's Health Ideology.* Croatian Medical Journal, 49: 709 – 719. doi:10.3325/cmj.2008.49.709. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Fişek, N. (1974).** *Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri.* Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası, Cilt 9, Sayı 3. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/ kitap_1/10. html#_ftn1. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Gabe, J., Bury, M. ve Elston, MA. (Ed). (2004).** *Key Concepts in Medical Sociology.* London: Sage.

**Grmek, MD. (Ed). (1966).** *Serving the Cause of Public Health: Selected Papers of Andrija Štampar.* Zagreb: Andrija Štampar School

of Public Health.
**Hyde, HZ. (1958).** *A Tribute to Andrija Štampar, MD. 1888 – 1958.* American Journal of Public Health, 48(12): 1578 – 1582.
**Kovacic, L. ve Zalatel-Kragelj, L. (Ed.). (2008).** *Management in Health Care Practice: A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers.* Forum for Public Health Collaboration in South Eastern Europe. Lage, Germany: Hans Jacobs Publishing Company.
**Litsios, S. (2007).** *Primary Health Care: Not the best of beginnings?* http://www.who.int/ global _health_histories/seminars/paper06.pdf. (Erişim: 1 Şubat 2013).
**Mackenbach, JP. (2006).** *The origins of human disease: a short story on "where diseases come from".* Journal of Epidemiology and Community Health, 60: 81–86.
**Navarro, V. (1998).** *A historical review (1965–1997) of studies on class, health and quality of life.* International Journal of Health Services, 28(3): 389–406.
**Peikoff, L. (1993).** *Health Care is not a Right.* http://www.bdt.com/ pages/Peikoff.html. (Erişim: 1 Şubat 2013).
**Rabson, SM. (1936).** *Alfred Grotjahn: Founder of Social Hygene.* Bulletin of the New York Academy of Medicine, 12(2): 43 – 58. http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC1965908/ pdf/bullnyacadmed00856-0007.pdf. (Erişim: 1 Şubat 2013).
**Rodin, AE. (1962).** *A Historical Survey of Disease Concepts.* Canadian Medical Association Journal, 87: 124 – 128.
**Rodríguez-Ocaña, E. (2007).** *Medicine as a Social Political Science: The Case of Spain c. 1920.* Hygiea Internationalis, 7(2): 37 - 52.
**Sigerist, HE. (1937).** *Socialized Medicine in the Soviet Union.* London:Victor Gollancz Ltd.
**Sigerist, HE. (1941).** *Medicine and Human Welfare.* New Haven:Yale University Press.
**Štampar, A. (2006).** *On Health Politics.* American Journal of Public Health. 96(8): 1382 – 1385.

**Taylor, FK. (1979).** *The Concepts of Illness, Disease and Morbus.* Cambridge University Press: Cambridge.

**Tejada de Rivero, DA. (2003).** *Alma Ata Revisited.* Perspectives in Health, 8(2): 3 – 7.

**Teleky, L. (2012).** *History of Factory and Mine Hygiene.* American Journal of Public Health, 102(6): 1104 - 1106. doi: 10.2105/AJPH.2012.10261104

**World Health Organization. (1958).** *The First Ten Years of the World Health Organization.* Geneva.

**Yach, D. (1998).** *Health and Illness: The Definition of the World Health Organization.* www. medizin-ethik.ch/publik/health_illness.htm. (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Zhang, D. ve Unschuld, PU. (2008).** *China's Barefoot Doctor: Past, Present, and Future.* Lancet, 372(9653): 1865 - 1867. doi:10.1016/S0140-6736(08)61355-0. (Erişim: 1 Şubat 2013).

*Okuma 3. Kaynaklar Gerçekten Kısıtlı mı? – Murat Civaner (20 Haziran 2011)*[12]

Liberal ekonomi anlayışı bu soruyu "evet; daima" biçiminde yanıtlıyor: "Gereksinimler sonsuz, buna karşılık kaynaklar kısıtlıdır". Hatta böyle bir soru söz konusu değil liberal anlayışa göre; kaynakların kısıtlı olduğu sabit bir fizik gerçeklik... Dolayısıyla "kaynaklar kısıtlı mı?" diye değil, "kısıtlı kaynaklar nasıl dağıtılmalı?" diye soruluyor, tartışmaya bu önkabulle başlanıyor. Kaynakların kısıtlı olduğu savı sadece genel anlamda da kullanılmıyor üstelik: Bu sava göre kaynaklar; herhangi bir yerde, ölçekte, ülkede, toplumda, hizmet, iş ya da ilişki bağlamında daima kısıtlı. Koşul ve olanaklar farklı olsa dahi bu böyle. Kaynakların dağıtımı Tıp Etiği'nin de çalışma alanlarından biri ve bu anlayış orada da egemen: Makro düzeyde; "Kaynaklar kısıtlı, herkese gereksindiği sağlık hizmetini ücretsiz sunmak olanaksız; öyleyse eldeki kaynakları en adil biçimde hangi ölçüte göre dağıtmalıyız?" Ya da mikro düzeyde; "Kaynaklar kısıtlı; eldeki bir yoğun bakım yatağını aynı derecede gereksinim duyan iki hastadan hangisine vermeliyiz?"

Gerçekten kısıtlı mı kaynaklar? Birebir insan ilişkisi bağlamını, örneğin sağlık hizmetinde hasta-hekim ilişkisi düzeyini değil toplamı kastediyorum; çünkü mikro düzeyin temel belirleyeni makro düzey: Eldeki kaynakların miktarı toplam olarak kısıtlı mı gereksinimler karşısında? Bunun gerçekçi yanıtını sabit/matematik değer olarak dahi kimsenin bilmediği açık. Çünkü kaynakların kısıtlı olduğunu ileri sürebilmek için önce eldeki kaynaklar tanımlanmalı ve gereksinimler belirlenmeli; aradaki fark ancak o zaman değerlendirilebilir. Kaldı ki kaynaklar sabit değil; değişken, dinamik... Artıp azalabiliyor, niteliği değişebiliyor... Üstelik kaynakların en azından söylendiği kadar kısıtlı olmadığı da ortada: ABD ve Avrupa Birliği'nin son ekonomik krizde bankaları kurtarmak için 'kaynak-

[12] Civaner, M. (2011). Kaynaklar Gerçekten Sınırlı mı?. http://www.hekimedya.org/oku.php? yazi_ id=1568.

lar kısıtlıdır' söylemiyle alay edercesine milyarlarca dolarlık kaynak yaratıvermeleri örneği aklımızda. Peki nasıl oluyor da hala kaynakların kısıtlı olduğu ileri sürülebiliyor?

İleri sürülebiliyor, çünkü sözünü ettikleri gerçekten de kısıtlı bir kaynak biçimi: Şirketlerin ve politik tercihler sonucunda şirketlerle rekabet etmek durumunda bırakılan kamu kurumlarının mali kaynakları. Ancak 'kaynaklar kısıtlıdır' söylemiyle şirketlerin ve bilinçli tercihle kaynakları kısıtlanan kamu kurumlarının kastedildiği vurgulanmıyor; aksine, bu söylem dünyanın tüm olanaklılıklarını kapsar bir iddiayla dile getiriliyor. Öyle ki, neredeyse herkes kaynakların kısıtlılığını bir doğa yasası olarak kabul ediyor. Hatta bu söylemi sahiplenenlerin büyük çoğunluğu dahi sorgulamadan içselleştirmiş görünüyorlar. Bu çok ciddi bir düşünme hatası... Çünkü kaynakların kısıtlı olduğunu bir kez kabul edince, kaçınılmaz olarak geriye sadece eldeki kaynakların hangi adalet anlayışıyla dağıtılacağı sorusu kalıyor; ki bu pozisyonda hangi adalet anlayışını öncelediğimizden bağımsız olarak adil olma olanağını yitirmiş bulunuyoruz.

Olağandışı durum ya da eski deyişle afetin kitabi tanımı; eldeki kaynakların gereksinimleri karşılamaya yetmemesi halidir. Ancak böyle bir durumda hastalar "önceliklendirilir" (triyaj) ve kaynaklar en fazla gereksinim duyanlara / kaynaktan en fazla yararlanabilecek olanlara pay edilir. Bu dramatik seçimler ancak savaş, deprem gibi bir olağandışı durumda haklı çıkarılabilir; hekim olanaklı olanın en iyisini yapmaya çalışmaktadır çünkü."Kaynaklar kısıtlıdır" söyleminin inandırıcı olamadığı nokta tam da burasıdır: İnsanlığın sahip olduğu kaynaklar henüz tanımlı dahi değilken, olanaklı olanın eldekiyle sınırlı olduğuna inanmamızı ister bizden. Bir taraftan da eldeki kaynakların sadece maliyet-etkinlik ölçütüne göre tanımlanmakta olduğunu gizler. Oysa bir savaş kadar, bir deprem kadar dramatik bir durumdur bu; bir taraftan herkesin sağlık hizmetlerine erişim hakkı olduğunu ileri sürerken, diğer taraftan 'gereksinimler kaynaklardan daima fazladır ve bu nedenle, üzülerek, bazı

insanların hakları lehine bazılarınınkini kaçınılmaz olarak harcamalıyız' demek...

Bütçelerin, ödeme planlarının, verimlilik hedeflerinin sınırlı olması daha adil dağıtılamayacakları anlamına gelmediği gibi, artırılamayacakları anlamına da gelmez. Üstelik bu ekonomiden ne anlamak zorundayız, ne de onun adaletini benimsemek... Mesleki değerleri tanımlarken ve nasıl korunacaklarını belirlerken şirketlerin kaynaklarının sınırlı olduğunu dikkate almak zorunda değiliz; aksine, dikkate almamak sorumluluğumuz var. İnsana 'kaynak' diyen anlayışı kaynak almak zorunda da değiliz. Ekonomik değerlerin göz önüne alınıp alınamayacağı tartışması; kaynakları gereksinimlere göre dağıtmak üzere yapılanan ve eşitsizlikleri kaldırmayı amaçlayan sağlık sistemleri içinde meşru olabilir ancak. Bugün bizlere düşen; hizmetlerin gereksinime göre sunulmasını savunmak, "kaynaklar sınırlı" söyleminin doğallaşmasını, normalleşmesini engellemek... Bu akıldışı dağıtıma ısrarla itiraz etmek, mesleki değerler ve sağlık hizmetine erişim hakkı savunusunu bir gün daha taşımak için yaşamsal önemde görünüyor.

**Nevzat Eren**

Ülkemizde toplumcu tıp alanındaki başarılı uygulamalarıyla adı hocası *Nusret Fişek* ile birlikte anılan Nevzat Eren, 18 Temmuz 1937'de Gaziantep'te dünyaya gelmiştir. 1961 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş ve hekimlik yaşamına öğrenimi sırasında aldığı burs karşılığında zorunlu hizmetini yerine getirmek üzere Hacıbektaş Hükümet Tabibi olarak başlamıştır.

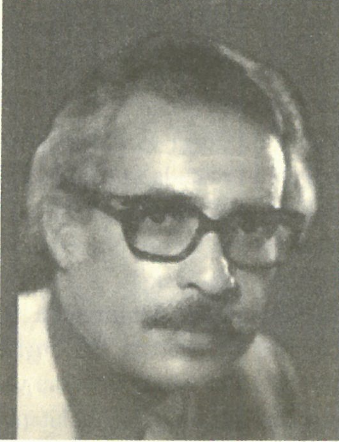
1963 yılında askerlik hizmeti için Hacıbektaş'tan ayrılan Eren, askerliğini 1964 yılında Antakya – Kırkhan'da tamamladıktan sonra zorunlu hizmetinin geri kalanı için Erzurum'a atanmış ve 1968 yılına kadar görev yaptığı Erzurum'da Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı da yapmıştır.

Nusret Fişek, 1967 yılında Sağlık Bakanlığı müsteşarlığından ayrılarak Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölüm Başkanlığı'na geçince, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerdeki *başarılı* hekimleri bölümde asistan olmaları için davet etmiştir. Bu davet üzerine 1968 yılında Ankara'ya gelerek Toplum Hekimliği uzmanlık eğitimine başlayan Eren, eğitimini 1971 yılında tamamlamıştır.

1972 yılında bir süre Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Planlaması üzerine çalışmalar yapan Eren, 1972 - 1975 yılları arasında Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkan Yardımcılığı görevini yürütmüştür.

1975 yılında doçent olan Eren, 1975 - 1978 yılları arasında ise Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı sorumluluğunu üstlenmiştir. 1978 yılından ölümüne kadar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmıştır. 1982 yılında profesörlük için başvuran Eren, Hacettepe Üniversite senatosu tarafından *beş kez* geri çevrilmiştir. Profesörlüğünü mahkeme kararıyla 1992 yılında *kazanmıştır.*

Nevzat Eren'in sosyal ve siyasal yaşamda da parlak bir kariyeri vardır. Türkiye'de işçi sınıfı mücadelesinin yükseldiği 1970'li yıllarda sosyalistler toplumsal yaşamın her alanını barış, demokrasi ve sosyalizm savaşımında bir mevzi haline getirme çabası içine girmişlerdir. Kuşkusuz bu alanlar arasında meslek örgütleri de bulunmaktadır. Başta Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere Türkiye'nin birçok bölgesinde Tabip Odaları ve Türk


Nevzat Eren

Tabipleri Birliği'nde örgütlenen sosyalist hekimler, faşistlerin engelleme gayretlerine karşın meslek örgütlerinin yönetimlerine gelmişlerdir. Bu dönemde Eren, Ankara'daki *İlerici Hekim* hareketinin önderleri arasındadır.

Eren, 1976 - 1984 yılları arasında (12 Eylül 1980 faşist askeri darbesi döneminde kısa bir kesintiyle) Ankara Tabip Odası (ATO) başkanlığı yapmıştır. 12 Eylül'de Türk Tabipleri Birliği (TTB) kapatılmış, yöneticileri (*Erdal Atabek*) tutuklanmış ve daha sonra sosyalistlerin hekim örgütü içindeki gücünü kırabilmek amacıyla diş hekimleri TTB'den kopartılarak, örgütün merkezi Ankara'ya taşınmıştır. Bu dönemde TTB'nin Ankara'da örgütlenmesi için hocası Nusret Fişek ile birlikte her türlü çabayı ve özveriyi (aralarında para toplayarak TTB için yer tutulması dahil) gösteren Eren, TTB Merkez Konseyi üyeliği ve 1984 - 1988 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu üyeliği görevini üstlenmiştir.

Nevzat Eren'e TTB tarafından Nusret Fişek'in altıncı ölüm yıldönümü anma törenlerinin düzenlendiği 3 Kasım 1996'da *Nusret Fişek Hizmet Ödülü* verilmiştir.

Ülkemizde toplumcu tıp alanında en üretken yazarlardan biri olan İlker Belek, Nevzat Eren için şu satırları kaleme almıştır:

> ... halk sağlığı bilimimizin kurucularından, tam çekirdekten yetişme bir halk sağlıkçı, en ücra köşelerde çalışan sağlıkçıların dert ve çözüm babası, hekim hareketinin her düzeyinin tam emekçisi, bir bilge kişi, erenlerden Nevzat Eren'dir. Türkiye'de halk sağlığı bilimini hekim hareketi ve emek mücadelesiyle organik ilişkiye sokan ilk ve bunu en iyi başaran halk sağlıkçısıdır. Hekim hareketinde bilimci bir militan ve akademide sonuna kadar halkçıdır.

YÖK düzeninin akademik ilerlemesini durdurması CV'sindeki onurdur.

Eren'in Nusret Fişek'in öğretisinin eğitici ve uygulayıcıları arasında ilk sıralarda yer aldığını belirten arkadaşı Özen Aşut, Nevzat Eren'i Ayşe Akın, Doğan Benli, Rahmi Dirican, Osman Zeki Kaya ve Hüsamettin Ayar ile birlikte Nusret Fişek'in *gerçek öğrencileri* arasında saymaktadır: "*Hocamız Nusret Fişek, bu insanların her birini, ülkenin en gerekli yerlerinde hizmet verirken bulmuş; onları toplum hekimliği eğiticileri olarak yetiştirmek için Sağlık Bakanlığı'na ve üniversiteye çağırmıştır*".

Nevzat Eren 13 Mart 2000'de yaşamını yitirmiştir. Ölümünden 10 yıl sonra Ankara Tabip Odası'ndan meslekdaşları, anısına *Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar* isimli bir kitap yayınlayarak, Nevzat Eren'in önemli yazılarından bir kısmını bu kitapta toplamışlardır. Bu kitapta yer alan yazılardan özellikle yaşamını yitirmeden önce kaleme aldığı son yazılarından biri olan *Halk Sağlıkçılara Son Sözleri* (Ekim 1999) başlıklı mesajı (Eren bu mesajı Malatya'da düzenlenen ve sağlık sorunları nedeniyle katılamadığı toplantıya göndermiştir) çok değerlidir. Eren *vasiyeti* sayılabilecek bu mesajında Halk Sağlıkçılara şöyle seslenmektedir:

> ... halk sağlığı öğretim üyelerinin önemli bir bölümü "herkes kendi evinin önünü süpürmeli, "her şeyi devlet yapamaz, halk sorunlarını kendisi çözümlemelidir", "herkesin hekimini seçme hakkı vardır" yolundaki temelsiz ve inançsız görüşlerden yanadır. Bu yaklaşıma verilmesi gereken yanıt:
> "Bizi başarıya götürecek olan sosyal devleti törpülemek değil, halka inancımız ve meslek aşkımız"
> biçiminde olmalıdır".

Yine bu kitapta yer almayan ve yaşamını yitirmeden önce kaleme aldığı son yazısı da (14 Mart 2000'de Cumhuriyet gazetesinde yayınlanmak üzere kaleme aldığı *14 Mart'ın Düşündürdükleri* başlıklı yazısı) çok değerlidir ve bu çalışmanın sonuna Okuma Parçası olarak eklenmiştir.

ATO Nevzat Eren anısına her yıl *Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu* düzenlemektedir. Bu sempozyumların on ikincisi, bu yıl 17

Mart 2012 tarihinde Ankara İbni Sina Hastanesi Hasan Âli Yücel salonunda gerçekleştirilmiştir.

*Nevzat Eren'in Eserlerinden*

Nevzat Eren'in yayınlanmış yirmiden fazla kitabı ve çok sayıda makalesi bulunmaktadır. Bir dönem Cumhuriyet gazetesinde köşe yazıları yazan Eren, hekimler arasında en çok Zafer Öztek ile birlikte editörlüğünü yaptıkları *Sağlık Ocağı Yönetimi* ile kendisinin yayınladığı *Sağlık Yönetimi ve Sağlık Mevzuatı* isimli kitaplarıyla tanınır. 12 Eylül faşist askeri darbesinden sonra hekimlere zorunlu hizmet konulması üzerine zorla Sağlık Ocakları'nda görevlendirilen hekimler, aslında yasaya göre *gönüllülük* esasına göre görev alınması gereken sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını bu kitaplardan öğrenmişlerdir.

Şüphesiz Nevzat Eren dendiğinde akla önce *sağlık yönetimi* gelir. Bu alanda yalnızca kitaplar yazmakla kalmamış, *lisansüstü düzeyde* Sağlık Yönetimi programları oluşturulmasına da öncülük etmiştir. Ancak Eren'in ilgi alanları sağlık yönetimiyle sınırlı değildir. Örneğin Eren, *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan* kitabına yazdığı önsözde, bu kitabını bir *alıntılar kitabı* olarak tanımlamakta ve "okurken büyük haz aldığı yapıtları" bir araya getirdiğini ifade etmektedir. Bu kitap tıp ve sağlığı *tarihsel ve toplumsal gelişim süreçleri* içinde anlatan ve tıbbi sosyoloji alanına hekim gözüyle bakan -ülkemizde yayınlanmış- nadir kitaplardan biridir.

Nevzat Eren'in ilgi alanlarından biri de meslek ahlakıdır. Meslek örgütünde gerek yönetici (Başkan), gerekse Yüksek Onur Kurulu üyesi olarak görev alan Eren'in, Gülten Uyer ile birlikte kaleme aldığı *Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı* başlıklı bir kitabı da bulunmaktadır.

Hekimlik kariyerinde Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı da bulunan Eren'in ilgi alanlarından biri de bulaşıcı hastalıklardır. Bu konuda aralarında Onur Hamzaoğlu ile birlikte kaleme aldığı ve TTB yayınları arasında yayınlanan *Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklar* başlıklı kitap ve diğeri *Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü* başlıklı kitapçık olmak üzere çok sayıda yayını bulunmaktadır. Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü kitapçığında

mikropların keşfi ve *germ teorisinin* doğuşundan başlayarak hastalıkların *öyküleri* Eren'in edebi dili ile aktarılmıştır.

1982 yılında kaleme aldığı *Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri* broşüründe, Alma Ata'da kabul edilen bildirgenin temel ilkelerinin o yıllarda Türkiye'de uygulanmakta olan sosyalleştirme ilkeleriyle örtüştüğünü, bu anlamda Türkiye'nin DSÖ ve UNICEF'in 16 yıl önünde olduğunu göstermiştir.

Hekim eğitimiyle de ilgilenen Eren, 1981 yılında *Dünyada ve Türkiye'de Hekimlik Eğitimi* isimli bir kitap yayınlamıştır. 1986 yılında, daha sonra TTB Merkez Konseyi Başkanlığı da yapmış olan ve çok genç yaşta yitirdiğimiz bir toplumcu tıp neferi olan *Füsun Sayek* ile birlikte kaleme aldığı *Tıp Eğitim Programları Hastalıkları* başlıklı çeviri makalesinde, sağlık-sanayi kompleksinin eline düşerek yaşamdan kopmuş, amacını ve hedefini yitirmiş *tıp müfredatını* mizahi bir dille eleştirmektedir.

Eren Ankara - Çubuk'ta Sağlık Grup Başkanlığı yaptığı dönemde Türkiye'nin o yıllarda en önemli sağlık sorunları olan *akut solunum yolları enfeksiyonları ile gastro-enteritlere* yönelik özgün çalışmalara imza atarak, bu hastalıklarla mücadelede önemli tespitlerde bulunmuştur:

"Klasik tıp eğitiminde gastro-enteritlerin tedavisinde hipo ve hipertonik dehidratasyon oluşumuna büyük özen gösterilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için bu konuda aşağıdaki gerçekler göz önüne alınmalıdır:

Gelişmekte olan ülkelerde hipertonik dehidratasyon hemen hemen istisnaidir. Bu tür dehidratasyon bol inek sütü ile beslenen bebek ve çocuklarda görülür. Oysa bu ülkelerde bebek ve çocukların pek büyük bir yüzdesi emzirilmekte, inek sütüyle beslenenlerde ise, ekonomik nedenlerle inek sütüne bol su karıştırılmaktadır.

Hipotonik dehidratasyonda ise belirtiler son derece siliktir, önemli bir sakınca yaratmazlar.

Bu nedenlerle gastro-enteritlerin erken tedavilerinde tek tür oral sıvı kullanılması önerilmektedir".

Nevzat Eren'in toplumcu tıp yaklaşımını yansıtması bakımından 1975 - 1978 yılları arasında Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı olduğu dönemde yayınlanan *Çalışma Raporları* çok değerlidir. Bu rapor-

larda hizmet sunulan bölgenin *ekonomik durumu* başlığı altında, nüfus toprak sahipliği durumuna göre değerlendirilmektedir. Yine bölgede bulunan fabrika ve atölyeler ile diğer işyerlerinde çalışan işçilerin sayıları verilmiştir. Bütün bu veriler Eren'in sağlığa ve tıbba *toplumcu* bakışını yansıtmaktadır.

Her ne kadar bu verilerin morbidite ve mortalite üzerine etkileri raporlarda ortaya konmamışsa da, örneğin aynı dönemde Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı tarafından yayınlanan raporlar incelendiğinde, Çubuk'ta bireyler *toplumsal sınıf* (üretim araçları ile ilişkileri) temelinde sınıflandırılırken, Etimesgut'ta *meslek* temelinde değerlendirildiği gözlenmektedir. Etimesgut Raporları ailelerin % 67,1'ini "toprak ve hayvanla uğraşan" kategorisine toplarken, bunlardan kaçının o toprakta işçi, kaçının toprağın sahibi olduğunu belirtmemektedir. Özetle Eren, somut olarak kullanılmamış olsa bile toplumsal sınıfı toplumcu dünya görüşüne uygun bir şekilde (bireyin üretim araçlarıyla ilişkisi bağlamında) bir değişken olarak tanımlamaktadır.

*Okuma 4. 14 Mart'ın Düşündürdükleri - Nevzat Eren*

*Bir Anımsatma*

1889'da İstanbul'da, Tıbbiye'de bir ilkbahar günü. Okulun bahçesinde Diyarbakırlı İshak Sukuti ile Erzurumlu İbrahim Temo, vatanı kurtarmak için ne yapmak gerektiğini tartışıyorlarmış. Yanlarına Bakulu Hüseyinzade Ali gelmiş. Bir zaman dinlemiş, dernek kurmaktan başka yol olmadığını söylemiş. İbrahim Temo sormuş: 'Nasıl kurulur böyle bir dernek?' ... Hüseyinzade Ali çevresine bakmış... Abdullah Cevdet, bir sıraya oturmuş kitap okumaktaymış... 'Su Arapkirliyle sen konuş' demiş. Sonra tek başına dalgın dolaşan Kafkasyalı Reşit'i göstermiş. 'Ben de Çerkezoğlu'nu razı ederim, dernek kurulmuş olur.' Hem de kurulmuş dernek, dediği gibi (Kemal Tahir, Yorgun Savaşçı).

Bu İttihat ve Terakki Cemiyeti'dir. Osmanlı İmparatorluğu'nun son yılları ile Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarına damgasını vuran bu derneği 5 tıp öğrencisi kurmuştur.

*Bir Başka Anımsatma*

19 Mayıs 1919' da bir vapur Samsun limanına yanaştı. İçindeki 15 kişi, vatanı kurtarmak için bilinmeyen bir geleceğe doğru yola çıkmıştı. Başkanları Mustafa Kemal Paşa idi. Paşa'nın yanında 3 de doktor vardı. Adları Refik Saydam, Abdülhak Adnan (Adıvar) ve Dr. Reşit'di. Onlar, Paşa'nın çevresindeki bir avuç yurtseverlerdendiler.

1980'li yılların başlarında halkın son derecede bozuk olan sağlık hizmetlerini düzeltmek için, bu sorunları zorunlu hizmetle halka koşan hekimler göğüslemişlerdir. Halkın her alanda hizmete gereksinmesi varken, yardımına yalnız hekimler koşmuşlardır. Özetle hekimler her zaman bu ülkenin alınyazısında belirleyici görevler üstlenmişlerdir.

Bu sözler bir yıldönümünün coşkusu içinde söylenmiş sözler olarak değerlendirmemelidir.

*2000'li Yılların Başlarında*

Yeni milenyuma halk sayılamayacak kadar çok sorunlarla girmiştir. Sağlık alanındaki sorunlar ise, artık diz boyu ile ölçülemez büyüklüktedir. Sorunlar, sayılamayacak kadar çok, uzmanları ise daha da çoktur. Hiç kimse sağlık yönetimi ve sağlık planlaması diye bilim dalları olduğunu aklına getirmemektedir. Önüne gelen sağlık alanında "reform" ya da "devrim" yapma peşindedir. Bu kişilerin dillerinden "özel sektör" sözü hiç düşmemektedir. Akıllarınca "özel sektör-güzel sektör"dür. Oysa özel sektörün sağlık sorunlarını daha da karmaşıklaştıracağı bilimsel kurullarca saptanmış ve açıklanmıştır. (Çalışma Grupları Raporları, T.C. Sağlık Bakanlığı yayını 1992, Ankara) Bir aile hekimliği sözü ortalıkta dolaşmaktadır. Ellerinde aile hekimliğinin görev tanımlaması ve görev analizleri (ne yapacakları) konusunda bir çalışmaları, bir hazırlıkları da yoktur. Bu çabalara "gayr-i ciddi" sıfatı kolayca yakıştırılabilir. Akıllarına "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" modelini işletmek gelmemektedir. İki alandaki büyük yanılgıları onları koşullandırmaktadır:

1. Bunlardan birincisi anılan örgütlenme modelinin kentlerde başarılı olamadığı yolundadır. Bu savın aslı-astarı yoktur. Bu örgütlenme modeli iyi uygulanan her yerde, bu arada kentlerde de çok başarılı olmuştur. Bunlar arasında Muğla, Edirne, Etimesgut, Çubuk sayılabilir.

2. Bu kişiler sağlık hizmetlerini devletleştiren devletlerin yeniden özel sektöre dönmekte olduklarını ileri sürmektedirler. Vazgeçemedikleri örnekleri de İngiltere'dir. Bu sav doğru değildir. Şimdiki hükümeti kurmuş bulunan İngiliz siyasal partisi, devletleştirmeye (sosyalizasyona) dönmek vaadinde bulunmuştur ve bunu gerçekleştirme çabasındadır.

Aile hekimliği ve sosyalleştirme konularında 200'ü aşkın uzmanın görüşü ve kararı, yukarda anılan Sağlık Bakanlığı yayınının 188'inci sayfasında şöyle açıklanmaktadır:

a. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin başarısız oluşu kuramsal yapısının eksikliği, ya da yanlışlığından değil, uygulamadaki hatalardan kaynaklanmaktadır.
b. Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri de kapsar ve bir ekip hizmetidir. Hizmeti tedavi edici ve koruyucu olarak ayıran ve bireysel çalışmayı getiren özel hekim statüsündeki aile hekimliği sistemi bir geriye gidiştir ve çağdaş sağlık anlayışına aykırıdır.

*Devletin Katkısı*

Halkı yanıltan iki durum daha belirtilebilir. Bunlardan birincisi devletin sağlık harcamalarına katkısı konusudur. İkide bir sağlık alanında devletin 10-13 milyon insanın sigorta primlerini karşılayacağı ileri sürülmektedir. Globalleşmeyi ve Avrupa standartlarını her konuda ileri suren bu "reformcular", Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarına hükümetlerin katkısının en az % 35 olduğundan, bu oranın Kuzey Avrupa ülkelerinde % 80'i aştığından hiç söz etmemektedirler. Halkı yanıltan diğer bir konu ise "devletin görevlerine" ilişkindir. Milli eğitimi hayırsever yurttaşlara, sağlık hizmetlerini ise halktan toplanacak primlere havale eden devlet, halkı doğrudan ilgilendiren başka hangi görevleri yapacaktır?

Özelleşen sağlık hizmetleri kar getirici değilse, özel sektör neden yatırım yapacaktır? Bu ülkenin en tanınmış özel hastanelerinden biri (Ankara'da) milletvekillerinin gelişleri bir nedenden kesilince iflas durumuna düşmüştür. Bu hastanenin iflası, milletvekilleri ve yakınlarının gelişleri sağlanarak önlenebilmiştir. Bunun anlamı, devlet desteğinin yeniden sağlanmasıdır.

*Bayram mı, Yas mı*

Ülkemizde 14 Mart "tıp bayramı" olarak algılanmaktadır. Günümüzden 23 yıl önce, bu satırların yazarı, Ankara Tabip Odası Başkanı olarak, 14 Mart töreninde yaptığı konuşmada, bu günün

bayram olamayacağını, tersine yas tutulacak bir gün olması gerektiğini ileri sürmüştür. Durum günümüzde de farklı değildir.

Sağlık örgütünde çalışan emekçiler mutsuz, halk perişandır. Bu satırların yazarı son bir yıl içinde, biri İstanbul'da olmak koşuluyla, bir buçuk ayı aşkın süre hastanelerde yatmıştır. Her yattığı yerde de, birçok öğrencisi ile karşılaşmıştır. Bu öğrencileri O'na bir tür "özel davranışta" da bulunmuşlardır. Buna karşın bu bir buçuk ayı yazar dayanılmaz bir süre olarak anımsamaktadır. Türkiye'de hükümetlerin önem ve öncelik verdikleri yataklı tedavi kurumlarının, üniversite hastaneleri de içinde olmak koşulu ile, çok büyük bir çoğunluğunda durum içler acısıdır. Koruyucu hizmetler ise tam olarak durmuştur. Sağlık ocaklarında ya hekim yoktur, ya da "oturacak bir iskemle bulamayacak sayıda" çok hekim vardır. Bazı ocaklarda görevli hekimlerin kalabalık oluşları nedeniyle, haftada bir ya da iki gün işe geldiklerine insanın inanası gelmemektedir. Aksaklıklar saymakla bitmeyecek çokluktadır. Ancak, bu durumların sorumlusu olarak hekimleri almak doğru değildir. Bu durumu açıklamak başka bir yazının konusu olabilir.

*Sonuç*

Türkiye'de 14 Mart 2000 tarihinde sağlık hizmetleri görünüşünün aşağıdaki gibi bir özeti yapılabilir :

1. Devlet halkın sağlığını korumak ve bozulan sağlık durumunu düzeltmek görevlerini üzerinden atmak çabası içindedir.
2. Sağlık örgütünde yeterli sayıda ve deneyimli sağlık yöneticisi yok denecek kadar azdır.
3. Mezuniyet öncesi tıp ve sağlık bilimleri eğitimleri başarısızdır.
4. Duruma çözüm olarak sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulaması önerilmektedir. Açıkça bellidir ki devlet üzerinden atacağı hizmetleri kendisinin dışında bir örgüte yüklemek istemektedir. Özel sektör bu iş için uygun görülmüştür. Özel sektörün kar amacı gütmeksizin bu görevi yapması beklenemez. Sağlık sigortası bu

üzerinden atma girişiminin finansmanını sağlayacaktır. Bu prim bir tür vergidir. Ödeyecek yurttaşlara karşılığında bir şeyler verilmesi düşünülmüştür. Aile hekimliği uygulaması masalı da, böylece gündeme gelmiştir.

5. Halk da hekimler ve sağlık personeli de büyük bir çoğunlukla durum hakkında yeterli bilgilenme düzeyinde değildir. Bunlara yeterli eğitim verilmemektedir. Onlar da özellikle aile hekimliğini sağlık sorunlarını çözmek için büyülü bir anahtar olarak algılamaktadır.

Eğer halk sağlığı bir bilimse, Türkiye'de birçok halk sağlığı uzmanı da yazıda belirtilen konularda çalışmalar yapıyorlarsa, açıkça belirtmeliyiz ki genel sağlık sigortası ile aile hekimliğinin uygulanması olanaklı değildir. Başarısızlığa uğrayacakları kesindir. Ancak başarısızlık kısa sürede görülmeyebilir.

Bu sorunların çözümü her durumda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinden geçmektedir.

35 yıllık bir halk sağlığı uzmanı olarak bu görüşleri yazdık, imzamızla onayladık. Zaman tanığımız olacaktır.

**Kaynaklar**

---------------. **(2000).** *Nevzat Eren'i Anma Konuşması.* Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı: 3.

**Akalın, MA. (2012).** *Sosyalleştirmenin Kökenleri.* (TTB. (2012). *Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50. Yılı.* Ankara: TTB Yayınları). http://www.ttb.org.tr/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=97YbF47gbQ (Erişim: 24 Şubat. 2013).

**Ankara Tabip Odası. (2010).** *Bir Sağlık Sevdalısı: Prof. Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar.* Ankara: ATO Yayınları.

**Aşut, Ö. (-----).** *Nevzat Eren'in Anısına.* http://www.ttb.org.tr/TD/TD60/6016.html (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Belek, İ. (2011).** *Che'nin Yolu, Sosyal Tıbbın ve Toplumcu Hekimliğin Yoludur.* http://haber.sol.org.tr/yazarlar/ilker-belek/che-nin-yolu-sosyal-tibbin-ve-toplumcu-hekimligin-yoludur-40510 (Erişim: 1 Şubat 2013).

**Eren, N. (1982).** *Gastro-enteritlerin Ülke Düzeyinde Önemleri ve Tedavi Edilmelerinde Yeni Bir Yaklaşım.* Ankara: Ankara Tabip Odası Yayın No:6.

**Eren, N. (1982).** *Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Bölümü Yayını. No: 18.

**Eren, N. ve Sayek, F. (1986).** *Tıp Eğitim Programları Hastalıkları.* Toplum ve Hekim, 41: 17 – 22.

**Eren, N. (1989).** *Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü.* Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayını. No: 89/47. Kısa Dizi No: 8.

**Eren, N. (2000).** *14 Mart'ın Düşündürdükleri.* Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı: 3.

**Eren, N. (1996).** *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan.* Ankara: Somgür.

**Fişek, N. (1981).** *Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği'nin İlk 15 Yılı.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Bölümü Yayını. No: 16.

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü.**

**(1973).** *Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1970 – 1972 Yılları Faaliyet Raporu.* 2. Rapor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü. (1977).** *Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1973 – 1975 Yılları Çalışma Raporu.* Ankara: Ayyıldız Matbaası.

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı. (----).** *Çubuk Bölgesi 1977 Çalışma Raporu.* Ankara: Sevil Matbaası.

# 7. Bölüm
# Kapitalist Tıbba "Batılı" Tepkiler

*Toplumcu tıp tarihi, sağlığı/hastalıkları belirleyen etmenleri doğa-üstü güçlerde arayanlar ve biyoloji içinde hapsetmeye çalışanlarla, sağlığın/hastalıkların toplumsal belirleyicilerini gün yüzüne çıkartmaya çaba gösterenler arasındaki ardıcıl savaşımın tarihidir.*

Hastalıkların ve erken ölümlerin ardında yatan toplumsal ve ekonomik faktörlerin üstünü örtme çabası içindeki kapitalist tıp, Louis Pasteur ve Robert Koch tarafından inşa edilen *mikrop* (germ) kuramının yardımıyla sağlık konusunda kamuoyunun dikkatini maddi yaşam ve çalışma koşullarından uzaklaştırmakta oldukça başarılı olmuştur. 1880'lerde özgül mikroorganizmalar ile hastalıklar arasında (örneğin tüberküloz basili ve tüberküloz) nedensel bağlantılar kuran keşifler, biyomedikal yaklaşıma meşruiyet ve popülerlik kazandırmıştır[1].

Antibiyotiklerin ve aşıların yardımıyla bulaşıcı ve salgın hastalıklar karşısında elde edilen başarılar "batı" dünyasında insanların gözünü kamaştırmış ve kapitalist dünyada örgütlenen tıp, tıbbın biricik biçimi olarak benimsenmiştir. Bu gelişmeler tıbbın yalnızca *hastalıkların tanı ve tedavisi* olarak anlaşılmasına yol açmıştır. Bu kavrayış içinde hekimin (tıbbın) görevi hastayı muayene etmek, hastalığına bireysel tanı koymak, böylece hastalığı *kişiselleştirmektir.* Egemen bireycilik ideolojisiyle tam bir uyum içinde olan biyomedikal yaklaşım, hastalıkları ve tedavilerini

[1] Gabe, 2004.

sıradan insanların kolayca kabullenebileceği etki-tepki ve neden-sonuç ilişkileriyle açıklamaktadır.

Biyomedikal (kapitalist) tıbbı dört temel varsayım şekillendirir:

- hastalığın varlığı, tanı ve tedavisi tamamen nesnel süreçlerdir
- yalnızca tıp profesyonelleri sağlığı ve hastalığı tanımlayabilir
- sağlık ve hastalık fizyolojik işlev bozukluğu temelinde tanımlanır
- sağlık, hastalığın olmayışıdır[2].

Bu süreçte toplumcu tıbbın yeni kurulmuş olan Sovyetler Birliği'nde elde ettiği başarılar yalnızca birkaç "batılı" tıp dergisinde[3] yer bulabilmiş ve bu deneyim üzerine yalnızca birkaç kitap yayınlanmıştır[4]. Ancak bu çalışmalar "komünizm propagandası" olarak yaftalanarak gözden düşürülmüştür.

**Nazizm Öncesi Almanya'da Toplumcu Tıp**

Yirminci yüzyıl başlarında kapitalist bir ülke olmasına karşın sağlık alanında emekçilere büyük tavizler vermek zorunda kalmış ve dolayısıyla toplumcu tıp uygulamalarının, bir kısmının, ekonominin ve toplumsal yaşamın kapitalist örgütlenmesine karşın sürdürülebildiği tek ülke Almanya'dır. 1880'lerde emekçilere sağlık alanında sus payı olarak verilen haklar, emekçilerin sosyal sigorta fonları ve dolayısıyla sigorta tarafından sağlanan sağlık hizmetleri üzerinde kontrolüne yol açmıştır. Bu durum hekimler arasında Vichow ile başlayan ve köklü bir geleneğe sahip olan toplumcu hekimlerin örgütlenmelerini de kolaylaştırmıştır.

1924 yılında Ernst Simmel'in (1882 - 1947)[5] başkanlığına geldiği *Sosyalist Hekimler Birliği* toplumcu tıp ile kapitalist tıp arasındaki farkı şöyle ifade etmektedir: kapitalistler için sağlık, *çalışabilme kapasitesi* demektir (yani bir kişi işine gidebiliyor ve işinin gereklerini yerine getirebiliyorsa sağlıklı, aksi halde hastadır); bu bağlamda tıp emekçileri ça-

---

[2] Weiss, 2011.

[3] Özellikle British Medical Journal.

[4] Bu kitaplar arasında Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia (Newsholme ve Kingsbury, 1933), Socialized Medicine in the Soviet Union (Sigerist, 1937) ve Soviet Communism: A New Civilization (Webb ve Webb, 1935) sayılabilir.

[5] Aynı zamanda 1913 yılında Birliğin kurucuları arasında yer almıştır.

lışabilir durumda tutmaya indirgenir. Sosyalistler ise sağlığı daha geniş bir toplumsal süreç olarak kavrarlar. Toplumcu tıp, insanı makinenin bir uzantısı olarak değil, *bedeni, ruhu ve sosyal konumuyla bir bütün olarak* görür.

Ernst Simmel insanların kendilerini bakterilere karşı korumaları gerektiğini söylüyor fakat ekliyordu: "insanlar tek başına ölümcül bakteri nedeniyle ölmez, sanayinin acımasız sömürüsünden bitap düşmüş biri, karşılaştığı mikroplar için kolay bir av haline gelir".

1926 yılında *Sosyalist Hekimler Birliği sağlık* taleplerini 5 maddede formüle etmiştir:

- 8 saatlik iş-günü
- Mesleki sağlık ve güvenlik
- Gebeler ve emzirenlerin korunması
- Çocuk emeğinin yasaklanması
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi

1928 yılında Georg Löwenstein bu talepleri daha da genişletmiştir:

- Hastaneler ve bütün sağlık hizmetleri dahil sağlık ve tıbbi bakım alanlarının sosyalleştirilmesi; sağlık ve sosyal güvenlik için ayrı bir bakanlık kurulması
- Devlet destekli sağlık sigortası kapsamının vergilendirilebilir bir geliri olan herkesi ve çocukları, eşleri ve diğer aile üyelerini kapsayacak şekilde bütün topluma genişletilmesi
- Tıbbi tedavi veya sağlık bakımı üzerinden kar eden bütün kuruluşların kapatılması
- Hastane, akıl hastaneleri, anne ve bebek sağlığı merkezlerinin sayısının arttırılması; her bin kişiye asgari 7 hasta yatağı sağlanması
- Bütün eczanelerin, ilaç ve tıbbi donanım üreten şirketlerin sosyalleştirilmesi; eczacıların devlet memuru haline getirilmesi
- Ebelik hizmetlerinin ulusal ölçekte sosyalleştirilmesi
- Cezaevlerinde tıbbi gözetim
- Ölüm kayıtları ve tıbbi istatistiklerin toplanması için standartlar oluşturulması

Ayrıca birlik barınma ve beslenme koşullarının iyileştirilmesini de ta-

lep ediyor, büyük toprak sahiplerinin (Junkerler) topraklarının kamulaştırılarak insanlar arasında paylaştırılmasını savunuyordu.

Kuşkusuz okurlar Birliğin bu taleplerinde Virchow'un *Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu*'nda dile getirdiği taleplerin yirminci yüzyıl koşullarında yeniden formüle edildiğini fark etmişlerdir. Nitekim Birlik Virchow'un ilerisine geçerek örneğin kürtajı yasaklayan ceza yasasına karşı çıkıyor, kadınların kendi doğurganlıkları üzerinde kendilerinin karar sahibi olması gerektiğini düşünüyordu.

1931 yılında Birliğin yayın organı Sozialistische Artz[6] hekimlerden mesleki uygulamalarında yalnızca hastalıkların belirtilerini değil, aynı zamanda hastalıkların uzun-erimli toplumsal nedenlerini de hesaba katmalarını istemektedir. 1931 Mayıs sayısı iki farklı tıp türünü ayırt eder:

> Burjuva tıbbı (Heilwesen) hastaları fabrikalarına mümkün olduğunca erken dönebilmeleri için iyileştirir; proleter tıp bir insanı genelde topluma geri dönebilmesi için iyileştirir.
> Burjuva tıbbı insanı bir eşyaya (metaya) indirger; proleter tıp sağlığı toplumun en önemli değerine yükseltir.
> Burjuva tıbbı hastayı toplumdan yalıtarak ele alır; proleter tıp bir insanı sosyal koşulları yönünden ele alır[7].

Almanya'daki toplumcu tıp geleneği faşistlerin iktidara gelmesiyle birlikte şiddetle ezilmiş ve Alman emekçilerin 1880'lerden sonra elde ettiği bütün kazanımlar yok edilmiştir. Faşizmin yenilgisinden sonra Alman toplumcu tıp geleneği bölünen Almanya'nın sadece sosyalist kesiminde (Demokratik Alman Cumhuriyeti) yeniden yaşama geçme olanağı bulabilmiştir.

"Batı" toplumları Sovyetik toplumcu tıp uygulamalarıyla İkinci Paylaşım Savaşı döneminde ve daha sonra Dünya Sağlık Örgütü çalışmalarında tanışma olanağı bulmuştur. Hitler faşizmine karşı Sovyetler Birliği ile ittifak yapmak zorunda kalan emperyalist ülkelerde yaşayan insanlar, savaş sırasında Sovyet ordusunda sunulan sağlık hizmetleriyle

[6] Sosyalist Hekim.
[7] Proctor, 1998.

tanışmışlardır. Bu tanışmanın çok büyük etkileri olmuştur[8]. Ancak İkinci Paylaşım Savaşı sonrası işçi sınıfına önemli tavizler veren sermaye, refah politikalarıyla "batı" ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak tepkileri bir süre daha soğurmayı başarmıştır.

**Kapitalist Amerikan Tıbbına Başkaldırı**

ABD'de sağlık, tarihsel olarak bireylerin özel (kişisel) bir sorunu olarak sunulmuş/algılanmıştır. ABD'de yalnızca çok kısa bir dönem, İç Savaş döneminde, sağlığı toplumsal bir sorun olarak gören bir halk sağlığı anlayışı ortaya çıkmıştır. Ancak savaş sonrası bu ilerici dalga sönümlenmiş, yeniden herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğu düşüncesi benimsenmiştir[9]. ABD'de diğer gelişmiş kapitalist ülkelerden farklı olarak ulusal bir sağlık sistemi bulunmayışı, diğer bir deyişle devletin sağlık konusunda kapsamlı bir sorumluluk üstlenmemesi, bu geleneğe bağlanabilir.

Kapitalist tıbba yönelik "içeriden" aykırı sesler ilk olarak kapitalist tıbbın beşiği ABD'den yükselmiştir. Daha sonra "küresel düşün, yerel davran" sloganıyla ünlenecek olan ABD'li bilim insanı René Jules Dubos (1901 - 1982)[10], 1959 yılında yayınladığı *The Mirage of Health: Utopian Progress and Biological Change* isimli kitabında "hastalıklardan ve mücadeleden tamamen kurtulmak, yaşam ile uyuşmaz" diyerek, kapitalist tıbbın pazar kaygısıyla yaratmaya çalıştığı yanılsamayı eleştirmiştir. Kapitalist tıbbın "daha iyi sağlık" hezeyanını bulaşıcı bir hastalığa benzeten Dubos'u 1970'lerde başka yazarlar da izlemiştir.

Tıbba ve sağlığa ekolojik bir perspektiften bakan Dubos, kapitalist tıbbın sağlığı biyolojiye hapsetme çabasına karşı çıkmış, çevresel etmenlerin organizma üzerindeki rolünü ortaya koyan birçok çalışma yapmıştır. Yine kapitalist tıp tarafından sağlık pazarını genişletmek amacıyla pompalanan *hastalıklardan arınmış uzun bir yaşam* propagandasının maske-

[8] "İşçi Partisi, İngiliz işçilerinin SSCB emekçilerini örnek alarak ayaklanmasını önlemeye dayalı genel stratejisi çerçevesinde, temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmeti sunmayı kararlaştırmıştır." (Aksakoğlu, 2008).

[9] Jimenez, 1997.

[10] Fransız kökenli Amerikalı mikrobiyolog.

sini düşüren Dubos, daha sonra yayınladığı kitaplarda[11] sağlık/hastalık durumlarının organizmanın çevresel faktörlere uyum yanıtları olduğunu öne sürmüştür. Metabolik etmenleri beslenme ve çevresel stresin çeşitli enfeksiyon hastalıkları üzerine etkilerini inceleyen Dubos, hızla insan yaşamını kuşatan teknolojinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine de ilk dikkat çeken bilim insanlarındandır[12].

Dobos'un tıbba ve sağlığa sosyal ekolojik yaklaşımı ile birlikte kapitalist tıbbın sağlığa "katkısını" sorgulayan önemli figürlerden biri Thomas McKeown'dur. İngiltere'de 18. – 20. yüzyıllar arasında kaba ölüm hızı binde 27.9'dan 14.3'e inerken, ortalama doğuşta yaşam beklentisinin 37.1 yıldan 53.5 yıla yükseldiğine dikkat çeken McKeown, henüz *etkin bir tıbbi bakımdan* söz edilemeyecek olan bu dönemde mortalitedeki iyileşmenin esas olarak dönemin en önemli sağlık sorunu olan enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerdeki gerileme olduğunu ve bunda da başta *beslenme ve sağlıklı içme suyu* olmak üzere *maddi yaşam koşullarındaki iyileşmenin* çok büyük bir rol oynadığını savunmuştur[13].

McKeown, bu yaklaşımıyla hastalıklarla başta çevre ve beslenme olmak üzere maddi yaşam koşulları arasında bağ kurmakta ve buradan hareketle Batı toplumlarının maddi yaşam koşullarının sağlık üzerine belirleyici etkisini göz ardı ederek, kişisel tıbbi bakıma yoğunlaştığını ve bunun kaynakların yanlış kullanılması ve tıbbın rolünün abartılmasına yol açtığını öne sürmektedir[14].

McKeown'un tezi 1970'li yıllarda toplum sağlığı alanında büyük bir ilgi uyandırmış ve Dünya Sağlık Örgütü'nün temel sağlık hizmetleri anlayışını oluşturmasında ve bu anlayışın Alma Ata Konferansı'nda bütün üye ülkeler tarafından benimsenmesinde büyük etkisi olmuştur. 1970'lerin son yıllarına ilişkin literatür incelendiğinde, sektörler arası işbirliğinin arttırılması, tıbbi hizmetler dışında kalan sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve birçok ülkede temel sağlık hizmetlerine dayalı bir anlayışın yaygınlaştırılması çabalarının öne çıktığı görülebilir.

---

[11] Dreams of Reason (1961), Man Adapting (1965) ve So Human an Animal (1968).
[12] Hirsch, 1989, Cooper 1998.
[13] McKeown, 1955; McKeown, 1962; McKeown, 1972; McKeown, 1975.
[14] McKeown, 1976; McKeown, 1977.

1970'ler boyunca birçok batı ülkesinde tıbbi hizmetlerin toplumun genel sağlık düzeyine katkısı tartışılmaya başlanmış, McKeown'un çalışmasında kullandığı yöntemle kendi ülkelerindeki mortalite eğilimleri analiz edilerek McKeown'unkine benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan biri de, McKinlay'lerin 20. yüzyılda ABD'deki mortalite hızı azalmasına tıbbi önlemlerin katkısına ilişkindir.

ABD'de 1900 - 1973 yılları arasında toplam mortalite oranında % 69.2'lik bir azalma olduğunu belirten McKinlay'ler, ABD'de mortalite hızının, kişi başına tıbbi bakım harcamalarının 1930'lara göre iki kat arttığı 1960'lardan çok önce yarı yarıya azaldığını, tıbbi bakım harcamalarının artmasından sonraki dönemde mortalite hızında geçmişe göre ciddi bir azalma olmadığını ortaya koymuşlardır. Yine mortalite hızına en büyük katkıyı yapan enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin, bu hastalıklara karşı kullanılan kemoteropatik ve profilaktik ajanların uygulamaya girmesinden çok önce azalmaya başladığını göstermişlerdir[15].

Ancak McKeown'un tezi sağlık-sanayi kompleksi tarafından hoş karşılanmamış, sağlığa bu denli geniş bir anlam yüklenmesi ve DSÖ'nün sağlık tanımının işlevsellik kazanması yönünde adımlar atılması çeşitli çevrelerde rahatsızlık uyandırmıştır. Hekimlerin reçetelerinde ilaçların yanında örneğin günde bir şişe süt sağlanması gibi tavsiyelerin yer alması olasılığı, sağlığı sosyal boyutundan arındırıp, tıp içine hapsetmek isteyenleri ürkütmüştür. 1970'lerde pek açık dile getirilmeyen eleştiriler, 1980'lerin sonlarına doğru daha cüretkar bir hal almaya başlamış, Reagan-Thatcher ittifakı tarafından başlatılan yeni-liberal saldırının emek hareketi ve sosyalizm üzerinde zafer kazanmasıyla doruğuna ulaşmıştır.

McKeown'un tezini eleştirenlerin bir kısmı, yazarın enfeksiyöz organizmaların virulansındaki değişimler, sanitasyon, hijyenin gelişmesi ve tıbbi müdahaleler gibi faktörlerin etkisini küçümsediğini öne sürmüşlerdir[16]. 1980'li yıllarda McKeown'un tezini çürütme yarışına giren yazarlar, McKeown'un ideolojik ve politik olarak taraflı olduğunu ve bu nedenle maddi yaşam koşulları ile sağlık arasındaki ilişkiyi abartarak, tıbbi hiz-

[15] McKinlay, 1977.
[16] Harris, 2004.

metlerin rolünü küçük gösterdiğini iddia etmişlerdir[17]. Grundy[18] daha da ileri giderek McKeown'un tezinin "*mezara gömülme zamanının*" geldiğini savunmuştur.

Diğer taraftan 2000'li yıllarda, McKeown'un tezini oluşturduğu 1960 - 1970'lerde tıbbın 2000'lerdeki kadar etkin olmadığı, "bugün" tıbbın McKeown'un dönemine göre toplum sağlığına sunacağı çok daha fazla olanaklar (birçok kronik hastalık için güvenli ve etkin ilaçların yaygınlaşması, yeni tanı olanakları vs.) bulunduğu ileri sürülmüştür. Bir başka deyişle McKeown 1970'lerde haklı olsa dahi, tezi 2000'lerde "geçerliliğini" yitirmiştir[19].

1980'lerden itibaren yeni-liberal ideolojinin toplumsal yaşama egemen olmasıyla birlikte ve özellikle sosyalizmin çözülmesinden sonra, maddi koşullarla sağlık arasında çok önemli bir ilişki bulunmadığı ve toplumların sağlığındaki iyileşmelerin esas olarak tıptaki gelişmelere bağlı olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma yayınlanmış, fakat bu çalışmalar genellikle tasarımları ve yöntemleri bakımından eleştirilmiştir[20].

Bazı yazarlar daha orta yolcu bir yaklaşımla, sağlığın iyileştirilmesinde tıbbi bakım ya da maddi yaşam koşullarının iyileştirilmesini öne çıkartmanın doğru olmadığını, gerçeğin bu iki kutup arasında bir yerlerde yattığını, bu nedenle hükümetlerin toplum sağlığını iyileştirme çabalarında her iki yaklaşımı da değerlendirmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir[21].

McKeown hastalıkları üç kategoriye ayırır:

1. Prenatal (doğum öncesi) hastalıklar: Doğumdan önce kendisini gösteren hastalıklar.

2. Yoksulluk ve sağlığa olumsuz etki eden faktörlere maruziyet hastalıkları: Doğumdan sonra ortaya çıkan ve temel yaşamsal gereksinimlerin karşılanamamasına bağlı olan hastalıklar.

3. Uyum sağlayamamaya bağlı hastalıklar: Doğumdan sonra ortaya çıkan ve sanayileşmeyle (yaşam koşullarının hızla değişmesi) ilişkili yeni

---

17 Colgrove, 2002.
18 Grundy, 2005.
19 Nolte, 2004.
20 Mackenbach, 2007.
21 Bunker, 2001; Frankel, 2001, Szreter, 2002.

yaşam biçimine uyum sağlanamamasına bağlı olan hastalıklar.

McKeown'un kapitalist tıbba yönelik eleştirileri tıp eğitimini de kapsamaktadır. McKeown tıp eğitiminin bedenin yapısı ve işlevlerinin öğretilmesiyle (anatomi, fizyoloji, histoloji, biyokimya vs.) başladığını, hastalık süreçlerinin incelenmesiyle devam etiğini (patoloji, propedötikler vs.) ve seçilmiş vakalar üzerinde klinik eğitimle (stajlar) sona erdiğini belirtmektedir. Karşılaşılan vakalar genellikle akut bir sorunları nedeniyle hastaneye başvuranlar veya ilk basamakta sorunları çözülemeyerek sevk edilmiş hastalardır. Hekim adayları meslek yaşamlarında bu vakalarla nadiren karşılaşacaklardır. Toplumda en yaygın görülen ve insanların en çok hekime başvurduğu sağlık sorunları üzerinde yeterince bilgi ve beceri kazanamayan hekimler, kendilerine bu sorunlarla gelen hastaları da, bakımın ve tıbbi giderlerin daha pahalı olduğu hastanelere sevk etmek zorunda kalmaktadırlar[22].

**Sağlığın Gaspı**

Kuşkusuz Dubos ve McKeown'un çıkışları özellikle aydın ve bilim çevrelerinde kapitalist tıp üzerine soru işaretleri düşürmüştür, fakat ABD'de kapitalist tıbba ilk popüler başkaldırı İvan İllich'le birlikte gelmiştir[23]. İllich dilimize de çevrilmiş olan Medical Nemesis[24]: The Expropriation of Health başlıklı kitabına şu provokatif tümceyle başlar: "Tıp kurumu sağlık için büyük bir tehlike haline gelmiştir"[25].

İllich'e göre yirminci yüzyılın ilk yarısında toplumun en büyük sağlık sorunu olan bulaşıcı hastalıkların yenilmesi genel olarak tıptaki ilerlemelere bağlanmıştır fakat bunun doğrudan bir kanıtı yoktur; dahası sağlıktaki bu

---

[22] McKeown, 1983; McKeown, 1988.

[23] 1926 yılında Viyana'da dünyaya gelen İvan İllich, tarih ve din eğitiminden sonra papaz olarak görev almıştır. 1970'lerde papazlığı bırakarak ABD ve Japon üniversitelerinde ders vermeye başlayan Illich, kapitalizmin kurumları aracılığı ile insan üzerindeki olumsuz etkilerini incelemiştir.

[24] İllich "nemesis" sözcüğü ile "ilahi öcü" kastetmektedir. Tanrılar insanın haddini bilmezliğini medikal öç ile cezalandırmaktadır. Medikal nemesis doğayla, komşularıyla ve düşlerle başa çıkma konusundaki otonom yeteneklerini kaybetmiş ve yaşamı çevresel, toplumsal ve simgesel sistemler içinde teknik olarak sürdüren insanların yaşantısıdır.

[25] İllich, 2011.

iyileşmeler aslında politik ve teknolojik dönüşümlerin *bağımlı değişkenlerinden* başka bir şey değildir. Yani insanların yüzyıllardır belini büken bulaşıcı hastalık belasının defedilmesinde tıbbın ve hekimlerin büyük bir katkıları yoktur. Buna karşılık yirminci yüzyılın ortalarına doğru ortaya çıkan ve giderek büyüyen yeni sorunlar *iatrojenik*, yani hekim kökenli sorunlardır[26].

İstatistiksel kanıtlar bulaşıcı hastalıkların ve salgınların, tıbbın bu hastalıkların doğasını keşfetmeden ve bu hastalıklara karşı etkili önlemler geliştirmeden (aşılar, antibiyotikler vb) çok önce hızla azalmaya başladığını ve belki tıbbın yalnızca *son vuruşla* bu sorunları yere serdiğini göstermektedir. Bu hastalıkların ortadan kalkmasıyla birlikte görünür hale gelen pellegra ve raşitizm gibi beslenme kaynaklı sağlık sorunları da, kısa sürede insanların beslenme koşullarındaki iyileşmelerle, yine tıbbın ve hekimlerin önemli bir katkısı olmadan sahneden çekilmişlerdir. Günümüzde ise önde gelen sağlık sorunları arasında kalp hastalıkları, amfizem, bronşit, obezite, hipertansiyon, kanserler, romatizmal hastalıklar, diyabet ve ruhsal bozukluklar gibi sorunlar yer almaktadır.

İllich'e göre toplumların genel sağlık durumunu belirleyen birincil etken "*çevre*"dir:

> ... yiyecek, su ve hava, sosyopolitik eşitlik düzeyi ve nüfusu sabit tutmayı olanaklı kılan kültürel mekanizmalarla birlikte yetişkinlerin kendini sağlıklı hissetmesinde ve insanların daha çok hangi yaşlarda ölmeye eğilim gösterdiğinde belirleyici bir rol oynamaktadır.

İllich tıbbın toplumsal boyutunu tartışırken, tıbbın da hukuk veya din gibi normlar koyduğunu, örneğin bireylerin kimi yakınmalarını "*temaruz*"[27] olarak tanımlarken, kimilerinin yakınmadığı bazı durumları "*hastalık*" olarak tanımladığını anlatır. Sizin bir durumunuz hekimler tarafından temaruz

---

[26] Sağlık-sanayi kompleksin tıp üzerindeki zararları kendisini tıpta iatrogenez olarak gösterir ve üç tür iatrogenez vardır: klinik iatrogenez sağlık sorunlarına, sosyal iatrogenez olumsuz sağlık politikalarına ve kültürel iatrogenez insanların yaşamsal özerkliklerinin kısıtlanması ve sağlıklarına yabancılaşmasına yol açar.

[27] Kendini hasta gibi gösterme, hastalık taslama (Türk Dil Kurumu sözlüğü).

etiketiyle yaftalandıysa, siz nasıl hissederseniz hissedin sağlıklısınızdır; tersine sizin hiçbir yakınmanız olmasa da size ilişkin bir durum hastalık kodlarından birinin altındaysa, hastasınızdır (hatta belki de "*zor*" hasta).

İllich'e göre yaşam tıpsallaştırılmıştır (medikalizasyon) ve bunun en pratik ölçütü sağlık harcamalarındaki artıştır. Sağlığa harcanan paranın çok büyük bir bölümü gerçekten sağlığı iyileştirmekte üstünlüğü kanıtlanmış önleyici hizmetler yerine tedavi hizmetlerine, yani sigorta şirketlerine ve sağlık-sanayi kompleksine kar olarak gitmektedir.

Sovyetler Birliği'nde tıbbın ağırlığını önleyiciliğe vererek örgütlendiğini iddia etmesine karşın, bu ülkedeki hastalık ve tedavi hacminin Sovyetlere denk kapitalist ülkelerdekine benzer olduğunu öne süren İllich, sosyalist dünyada (Allende Şili'si dahil[28]) yalnızca Çin'e prim vermektedir. Ancak endişesini de ifade etmekten geri kalmaz:

"*Çıplak ayaklı tıp geçici, yarı bağımsız, halka yakın karakterini yitirmekte ve üniter sağlık hizmeti teknokrasisine entegre olmaktadır*".

İllich'e göre her kültürün kendi zehirleri, çareleri, plaseboları ve bunların uygulandığı ritüel dekorları vardır ve bunların çoğu hastalar değil, sağlıklılar içindir. İlaçların zararı yararından çoktur, çünkü insanların kendi bedenlerini bozuldukça tamir edilebilir bir makine olarak algılamasına yol açarlar. 1899'da Aspirin piyasaya çıkana kadar afyon dışında kullanılan "ilaçlar" çiçek aşısı, kinin ve ipeka şurubu ile sınırlıdır. 1900'lerin ilk yarısı müthiş bir ilaç enflasyonuna tanık olmuştur ve ABD'de Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) 1962 yılında bu ülkede 1940'dan sonra ortaya çıkan 4.300 reçeteli ilacı incelediğinde, bunlardan yalnızca beşte ikisini etkili bulmuştur.

Daha iyi bir sağlık hizmeti kimi yeni tedavi standartlarına değil, kendi kendine bakımla meşgul olmaya isteğin ve yeterliliğin düzeyine bağlıdır. Halk sağlığının düzeyi, hastalıklarla başa çıkmak için gerekli araçların ve sorumluluğun tüm nüfusa dağılma derecesine eşittir. Optimal ve yaygın bir sağlığın var olduğu bir dünya, tıbbi müdahalenin en az düzeyde ve ender olarak uygulanacağı bir dünyadır.

---

[28] Fakat Allende'nin yoksulların sağlık gereksinimlerini belirlemesi ve sağlık profesyonellerini bu gereksinimlere yanıt vermeye zorlamasına büyük değer biçer, ancak hekimlere bunu yaptırmayı başaramadığını da belirtir.

* * *

Sağlığın Gaspı ülkemizde hak ettiği ölçüde tartışılmamıştır, ancak son zamanlarda AKP Hükümeti tarafından uygulanan Dünya Bankası güdümlü Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Türkiye sağlık ortamı ve tıp (hekimlik) üzerine etkileri ortaya çıktıkça, tıbbın kapitalist örgütlenmesi üzerine eleştiriler Türkiye'de de yoğunlaşmaya başlamıştır. Bunlardan Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'in Medimagazin'de yayınlanan bir makalesi dikkat çekicidir:

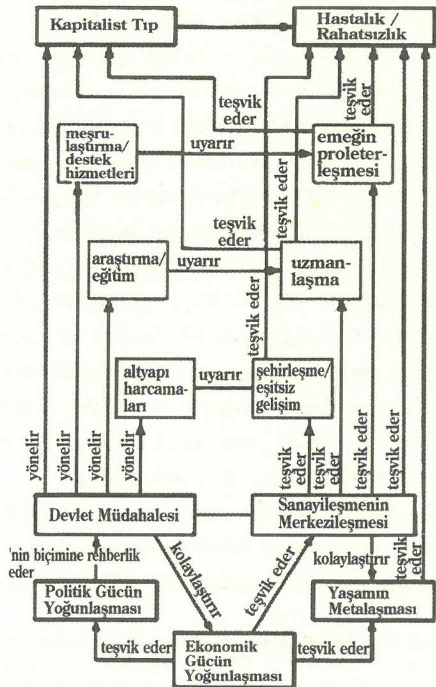
> Ivan Illich Sağlığın Gaspı adlı kitabında; tıp kurumunun denetlenemeyen bir otorite olarak, neyin hastalık olduğunu, kimin hasta olduğunu ve hastalara ne yapmak gerektiğini belirlediğinde sağlığımız için büyük bir tehdit oluşturduğunu; bedenlerimiz üzerindeki hakkımıza tecavüz ettiğini; ilaç tüketimini teşvik ederek toplumun hastalıklı yapısını güçlendirdiğini; sağlığa bir "mühendislik modeli" olarak yaklaştığı için insanların kendi insani zaafları, incinebilirlikleri ve biricikliklerіyle, kişisel ve özerk bir biçimde baş etme potansiyellerini yok ettiğini anlatır...
> Böylece yaşam boyu tıbbi gözetim, yaşamı, her biri özel bir tür vasilik gerektiren riskli dönemlerden oluşan bir zincire dönüştürmektedir. Hem zengin hem de yoksul için yaşam, 'chech-up'lardan ve kliniklerden geçip, başladığı yere geri dönen bir hac yolculuğu gibidir.

Öte yandan İllich'e Marksist eleştiriler de vardır. Çağımızda toplumcu tıbbın en önemli yazarları arasında olan Vicente Navarro, 1986 yılında yayınladığı Medicine Under Capitalism adlı kitabının bir bölümünü[29] İllich eleştirisine ayırmıştır. Navarro'ya göre İllich, çağdaş tıbba ilişkin sorunların *kaçınılmaz* olduğunu, rasyonelleştirilmiş ve bürokratikleştirilmiş tıbbın bir sonucu olduğunu varsaymaktadır. Buna göre tıp geliştikçe, yaşadığımız sorunlar da kaçınılmaz olarak büyümektedir. Çağdaş tıbbın sorunları sanayileşmenin değil, kapitalizmin bizzat kendisinin sonucudur. İllich rasyonel modelin ötesini görememektedir. İllich'e göre çağdaş tıp

[29] Part II: The Meaning of Health and Medicine. The Industrialization of Fetishism: A Critique of Ivan Illich

tüketim toplumunu ve bireylerin kendi sağlıkları üzerinde sorumluluk almamalarını beslemiştir ve esas sorunlar bunlardır. Oysa sorun temel güdünün kar olduğu ve eşitsizliklerin kural olduğu kapitalist sistemdir.

Navarro'ya göre tıbbın doğası *egemen üretim biçimine* bağımlıdır; bu anlamda feodal, kapitalist ve toplumcu tıp vardır. Bunların her birinin sağlığın ne olduğuna ve sağlığa nasıl ulaşılabileceğine ilişkin farklı yaklaşımları vardır. Kapitalist tıp pozitivizm, biyoloji, birey, teknolojiye vurguyla karakterlidir ve kapitalizm koşullarında belli bir biçim almıştır. Tıbbi kaynakların doğasını ve dağılımını anlayabilmek için tıbbın dışında kalan dünyanın ve tıbbın doğasını belirlemekte egemen kapitalist sınıfın rolünün analizi gerekir. Toplumcu tıbba, emekçiler adına ve emekçiler için daha adil ve daha eşitlikçi bir sağlık sistemi oluşturularak ulaşılamaz. Toplumcu tıbbı kurabilmek için kitlelerin seferber edilmesi ve emekçilerin sağlık hizmetlerinin planlanmasından örgütlenmesine, sunumundan denetlenmesine kadar her aşamasında doğrudan katılımı gereklidir.




**Grafik 1. Kapitalist tıbbın gelişimi (Navarro, 1976).**

Toplumcu tıp yalnızca çevre kirliliğini azaltmaya veya işçi sağlığına daha fazla önem vermeye indirgenemez; toplumcu tıp esas olarak, gücün bu değişikliklerin yapılabileceği biçimde dağılmasıyla elde edilebilir. Yalnızca önceliğin önleyici, mesleki, çevresel ve sosyal tıbba verilmesi yetmez, tıb-

bın egemen sınıflar tarafından tanımlanmasına ve uzmanlar tarafından uygulanmasına da son verilmesi gerekir. Tıp emekçiler tarafından kolektif olarak tanımlanmalı ve yeniden üretilmelidir. Tıp bilgisi, uygulaması ve kurumları doğrudan kitlelerin kontrolü altına alınmalıdır. Tıp üzerinde uzman egemenliğine son verilerek, sağlığın kolektif üretimi için bir mücadele alanı haline gelmelidir.

**Rockefeller Medicine Men**

E. Richard Brown[30] anti-kapitalist tıp literatürünün klasikleri arasına giren *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America* başlıklı kitabında[31] Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kapitalist tıbbın nasıl doğduğunu ve geliştiğini anlatır. Bu süreçte başta Rockefeller petrol hanedanıyla ilişkili liberal vakıfların tıp sistemini nasıl kapitalizmin gereksinimlerine göre şekillendirdiği ayrıntılarıyla aktarılmıştır.

Brown'a göre kapitalizm tıbba el atmadan önce ABD'de hastalıkların etiyolojilerine yaklaşımları bakımından çoğulcu, hastalıkları önleme ve tedavide, teknik bakımdan etkin olmayan ve sağlıkçıların birbirleriyle kavgalı olduğu bir tıp ortamı vardır. Bir yanda Amerikan yerlileri ve yoksul göçmenler sağlık sorunlarını binlerce yıllık geleneklerinden damıttıkları geleneksel tıpla çözmeye çalışırken, diğer yanda eğitimlerini Avrupa'da tamamlamış hekimler toplumun daha hali-vakti yerinde kesimlerine hizmet sunmaktadır. Bu hekimlerden bir kısmı da ABD'de küçük tıp okulları açarak usta-çırak ilişkileri içinde halk hekimleri yetiştirmekte, özellikle siyahlar, kadınlar ve toplumun diğer ezilen kesimlerinden gelen bu "hekimler" de başta kırsal kesim olmak üzere ABD'nin görece geri kalmış bölgelerinde hizmet sunmaktadırlar.

Bu süreçte eğitimlerini Avrupa'da tamamlamış hekimler ile ABD'de açılmış az sayıdaki tıp fakültelerinden yetişen hekimler Amerikan Tabipleri Birliğini (ATB) kurmuşlar ve sağlık pazarındaki paylarını genişletmek için

---

[30] ABD'de halk sağlığının önde gelen figürlerinden (geçtiğimiz yıl yitirdik) E. Richard Brown, Amerikan Halk Sağlığı Birliği başkanlığı da içinde olmak üzere birçok önemli görevlerde bulunmuştur. Bütün yaşamını ABD'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için mücadeleye adayan Brown, son yıllarda Obama'ya da danışmanlık yapmıştır.

[31] Dünyada büyük yankılar uyandıran bu kitap ne yazık ki hala dilimize çevrilmemiştir.

geleneksel hekimler ve ABD'deki tıp okullarından yetişen "hekimler" ile mücadeleye başlamışlardır. Bu mücadelede ABD sermayesinin önde gelen figürleriyle işbirliğine giden ATB, önce John Hopkins Tıp Fakültesi'nin müfredatını ve tıp fakültesine giriş koşullarını değiştirmiş, daha sonra Abraham Flexner'e hazırlatılan bir tıp eğitimi raporu ile bu standartlar ABD'deki bütün hekim yetiştiren kurumlara dayatılmıştır. ABD'de 1910 yılında rapor yayınlandığında hekim yetiştiren 155 okul varken, rapordan sonra bu okulların yarısı kapatılmıştır.

Birçokları bu gelişmeyi bir "devrim" olarak görmek (ve göstermek) eğilimindeyken, Flexner raporunun asıl sonucunun ABD'de tıbbın ticarileşmesinin önünü açmak ve tıbbın sermayenin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenebilmesi için gerekli altyapıyı oluşturmak olduğu kısa sürede anlaşılmıştır. Pazarın ticarileşmesinin önündeki engeller (potansiyel rakipler) temizlenirken, tıp bilimi ve tıbbi teknoloji sermayenin hizmetine sunularak hekimlerin lisanslandırılması ile hastanelerin ve tıp okullarının akreditasyonu yoluyla kapitalist bir tıp yaratılmıştır.

Kapitalizm tıbbı, hizmetlerin ağırlığını toplumcu tıbbın aksine tedavi hizmetlerine (özellikle hastane hizmetlerine) kaydırarak kendi hizmetine sokmuştur. 1873'de yalnızca 178 olan hastane sayısı 1909'da dört bini aşmıştır. 1929 yılına gelindiğinde ABD'de hekimlerin yüzde 70'i mesleklerini hastanelerle bir şekilde ilişki içinde icra etmektedir. Böylece hekimlik giderek teknoloji merkezli bir doğaya bürünerek, mesleklerinde tıbbi teknolojiyi "yeterince" kullanmayan hekimleri ve teknolojiye dayanmayan tanı ve tedavi yöntemlerini dışlamaya başlamıştır.

Brown'a göre kapitalist toplumda sağlık hizmetlerinin dağılımını *gereksinim* değil *pazar* belirler. Sağlık hizmetlerinin *metalaşması* yoksulların bu hizmetlere erişememesinin ana nedenidir ve bakımın bütün topluma ulaşması önündeki ana engeldir. Kapitalizm bu sorunu özel sağlık sigortaları ve kamusal yardım programlarıyla azaltmaya çalışmaktadır; ancak yoksul kesimler sağlık hizmetlerinden hiçbir zaman *gereksindikleri* ölçüde yararlanamamaktadırlar. Gerçek gereksinim ile alınan hizmet arasındaki fark özellikle çocuklarda çok büyüktür.

**Kaynaklar**

**Aksakoğlu G. (2008).** *Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü.* Ankara: Memleket Siyaset Yönetim, 8: 7 – 62. Ankara.

**Brown, ER. (1979):** *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America.* Berkeley: University of California Press.

**Bunker JP. (2001).** *The role of medical care in contributing to health improvements within societies.* International Journal of Epidemiology, 30: 1260 – 1263.

**Colgrove J. (2002).** *The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence.* American Journal of Public Health, 92(5): 725 – 729.

**Cooper, J. ve Mechanic, D. (1998).** *Introduction. In René Dubos, So Human an Animal: How We Are Shaped by Surroundings and Events.* New Brunswick, NJ: Transaction.

**Frankel S. (2001).** *Medical care and the wider influences upon population health: a false dichotomy.* International Journal of Epidemiology, 30: 1267 – 1268.

**Gabe, J., Bury, M. ve Elston, MA. (Ed). (2004).** *Key Concepts in Medical Sociology.* London: Sage.

**Grundy E. (2005).** *The McKeown debate: time for burial.* International Journal of Epidemiology, 34: 529 – 533.

**Harris B. (2004).** *Public Health, Nutrition, and the Decline of Mortality: The McKeown Thesis Revisited.* Social History of Medicine, 17(3): 379 – 407.

**Illich, I. (2011).** *Sağlığın Gaspı.* 2. Baskı. İstanbul: Ayrıntı.

**Hirsch, JG. ve Moberg, CL. (1989).** *René Jules Dubos.* Washington: National Academi of Sciences.

**Mackenbach PJ. (2007).** *Commentary: Did Preston underestimate the effect of economic development on mortality?* International Journal of Epidemiology,36: 496 – 497.

**Jimenez, MA. (1997).** *Concepts of health and national health care policy: A view from American History.* Social Service Review, 71(1): 34 – 50.

**McKeown T. ve Brown RG. (1955).** *Medical Evidence Related to English Population Changes in the Eighteenth Century.* Population Studies, 9(2): 119 – 141.

**McKeown T. ve Record RG. (1962).** *Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century.* Population Studies, 16( 2): 94 – 122.

**McKeown T., Brown RG. ve Record RG. (1972).** *An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe.* Population Studies, 26( 3): 345 – 382.

**McKeown T., Record RG. ve Turner RD. (1975).** *An Interpretation of the Decline of Mortality in England and Wales during the TwentiethCentury.* Population Studies, 29( 3): 391 – 422.

**McKeown T. (1976).** *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

**McKeown T. (1977).** *The modern rise of population.* London: Edward Arnold.

**McKeown T. (1983).** *Food, Infection, and Population.* The Journal of Interdisciplinary History, 14(2): 227 – 247.

**McKeown T. (1988).** *The origins of human disease.* Oxford: Basil Blackwell.

**McKinlay JB ve McKinlay SM. (1977).** *The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century.* The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 55( 3): 405 - 428.

**Nolte, E. ve McKee, M. (2004).** *Does Healthcare Save Lives? Avoidable Mortality Revisited.* London: The Nuffield Trust.

**Proctor RN. (1988).** *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

**Szreter S. (2002).** *Rethinking McKeown: The Relationship Between Public Health and Social Change.* American Journal of Public Health, 92(5): 722 – 725.

**Weiss, GL. ve Lonnquist, LE. (2011).** *The Sociology of Health, Healing and Illness.* (7. Ed.) NJ: Prentice Hall.

**İki Ropor: Lalonde Raporu ve Black Raporu**

Yirminci yüzyılın son çeyreğinin başlarında sağlık ortamının gündemine sağlıkta eşitsizliklerin üstesinden gelmek konusunda iddialı iki ülkede yayınlanan iki rapor damgasını vurmuştur. Raporlardan biri Kanada'dan (*Lalonde Raporu*), diğeri İngiltere'den (*Black Raporu*) gelmiştir. Her iki rapor, ülkelerinde sosyalleştirme yoluyla *tıbbi hizmetlere erişim önündeki engellerin kaldırılmasından sonra* ortaya çıkan tabloyu değerlendirmektedir. Dünyada sosyalleştirme uygulamasının *en başarılı* örneklerini sunan bu ülkelerde, sağlıkta eşitsizlikler bakımından umulan iyileşme elde edilememiştir. Lalonde Raporu, bu sonucun nedenlerini ***bireylerde*** ararken, Black Raporu *sistemi* sorgulamaktadır.

Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde *Kanadalıların Sağlığı Üzerine Yeni Perspektifler* başlıklı raporunu 1974 Nisan'ında yayınlamıştır. Raporun giriş bölümünde, Kanadalıların çoğunun, sağlığı hastalığa, uzun bir yaşamı da kısa bir yaşama yeğledikleri, fakat sağlıklı kalmak için "rahatlarından" küçük bir fedakarlığa hazır iken, ne daha fazlasına, ne de hastalıkları önlemek için gerekli şeylerin gündelik yaşamlarına getireceği yüklere "katlanamadıkları" belirtilmektedir. Rapor esas olarak bireylerin, kendi sağlıklarına ilişkin *bireysel bir sorumluluk* alması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kanada'nın 1971 yılına ilişkin mortalite verilerini analiz eden Lalonde, ölümleri 70 yaş üzeri ve altı olarak ikiye ayrılarak, 70 yaş üzeri ölümleri "doğal" kabul etmekte ve diğer ölümleri mercek altına almaktadır. İlk olarak, 70 yaş altı ölümlerin yaklaşık % 10'unu oluşturan, 5 yaş altı çocuk ölümlerini değerlendirmekte ve bunların çoğunluğunu konjenital anomaliler ile yenidoğan ölümlerinin oluşturduğunu belirtmektedir. Rapor, bu ölümlerin en çok *ekonomik olarak yoksun ailelerde ve yerliler arasında* görüldüğünü kabul etmekte, fakat artık sağlık hizmetine gereksinim duyan hamile kadın ile hizmet arasındaki para engelinin ortadan kaldırılmış olması nedeniyle, bu ölüm hızlarında kısa sürede önemli azalmalar olacağını öngörmektedir.

5 – 35 yaş grubunda görülen ölümlerin çoğunu motorlu taşıt kazaları, diğer kazalar ve intiharların oluşturduğu ve bireylerin dikkatsizliği, teh-

likeli araç kullanması ve umutsuzluğa kapılması gibi *insan faktöründen* kaynaklanan bu ölümlerin, bu faktörlerin değişmesiyle azalacağı öngörülmektedir. 35 – 70 yaş grubundaki ölümlerin çoğunluğunun ise kardiovasküler hastalıklara bağlı olduğunu, kardiovasküler hastalıklar için *risk faktörleri* arasında obezite, sigara, stres, sedanter yaşam ve yağlardan zengin diyetin yer aldığını vurgulayan rapor, bunların hepsinin *çevresel koşullar ve bireylerin riskli davranışlarından* kaynaklandığının altını çizmektedir. Bu yaş grubunda ölümlerin ikinci büyük nedeni olan kanserler ve üçüncü büyük nedeni olan solunum yolu hastalıklarında ise en önemli nedenin *sigara* olduğunu belirten rapor, bunların da *bireylerin riskli davranışlarını değiştirmesiyle* azalacağını ummaktadır.

Erken ölümler konusunda *bireylerin riskli davranışlarına* odaklanan rapor, bu davranışları, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, yanlış diyet ve sedanter yaşam, dikkatsiz araç kullanmak ve emniyet kemeri bağlamamak ile güvensiz seks yapmak olarak belirlemekte ve bunlara karşı ***bireyleri*** uyarmaktadır. Çevresel riskler konusunda ise bireysel sorumluluk değil, kamusal sorumluluk gerektiğini kabul eden rapor, çevresel risklerin alınmakta olan *halk sağlığı önlemleri* ile azaltılabileceğini belirtmektedir.

Sonuç olarak, artık tıbbi hizmetlerin erişilebilir hale getirildiği Kanada'da, devlet halk sağlığı alanında (su güvenliği, hava kirliliği, atık yönetimi vb) üzerine düşeni yaparsa ve bireyler de yaşam biçimlerini sağlığı riske atan davranışlardan arındırabilirlerse, bütün sorunlar kısa zamanda çözülecektir.

* * *

İngiltere'de de Kanada gibi toplumsal eşitsizliklerin kaynaklarına (kapitalist üretim ilişkilerine) *dokunmaksızın*, emekçilerin çalışma ve yaşam koşullarında göreli iyileşmeler sağlanmaya çalışılmıştır.

Lalonde'un raporunu kaleme aldığı yıllarda, Kanada'dan 20 yıl kadar önce sosyalleştirme uygulamalarıyla sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı deneyen İngiltere'de, Richard Wilkinson ölüm hızlarını incelemiş ve İngiltere'de en zengin ve en fakir toplumsal kesimler arasındaki ölüm hızları bakımından görülen farkın, 1970'lerde, 1930'lara göre, fakirler aleyhine *üç kat arttığını* ortaya koymuştur.

1970'lerde, 1930'lara göre, tıpta çok önemli gelişmeler olmuş, İngiltere ekonomik olarak 1930'larla kıyaslanamayacak bir refaha ulaşmış, kişi başına ulusal gelir artmış, tıbbi hizmetler 1948 yılında *Ulusal Sağlık Hizmeti*'ne geçilmesiyle (sosyalleştirilme) hem daha yaygınlaşmış ve herkes için erişilebilir hale gelmiş, hem de refah toplumunun diğer unsurları ile desteklenerek İngiltere'yi bu alanda dünyada bir model haline getirmiştir. Bütün bunlara rağmen 1970'lerde sağlıkta eşitsizlikler, 1930'lara göre üç kat artmıştır.

Sağlıkta eşitsizliğin artmasını etkileyebilecek, gelir, konut, eğitim ve istihdam gibi 20 değişken ile 20 farklı hastalığa bağlı ölüm hızlarını karşılaştıran Wilkinson, diğer değişkenlerin, ölüm hızları üzerinde oldukça küçük bir etkiye sahip olduğunu, ancak *gelir ile ölüm hızları arasında* çok kuvvetli bir ilişki olduğunu görmüştür. Wilkinson 1976 yılında İngiltere Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanı David Ennals'a *Yeni Toplum* dergisinde bir açık mektup yazarak, bakanı sağlıkta eşitsizlikler ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine düşünmeye davet etmiştir.

Wilkinson bu düşüncesinde yalnız değildir. Sağlıkta eşitsizlik olgusuyla henüz bir tıp öğrencisi iken A. Thomson ve R. Cotton tarafından 1962 yılında yayınlanan bir patoloji kitabında yer alan "... bu hastalığa en düşük gelir grubunda, en zengin gelir grubuna göre daha sık rastlanır" tümcesiyle tanışan ve hocasından bu cümlenin ne anlama geldiği hakkında doyurucu bir yanıt alamayan David Blane, daha sonra izlediği sınıfa göre standartlaştırılmış ölüm hızlarının sınıf savaşımında bir silah olarak kullanıldığı, "*Marx'a Şükret, Cephaneyi İlet*" adlı bir filmde ikinci kez karşılaşmış ve eşitsizliklerle ilgilenmeyi meslek yaşamının amacı haline getirmiştir. Çalışmalarında, Wilkinson'un vardığı sonuçlara ulaşan Blane de, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine makaleler yazmakta ve dersler vermektedir.

Politik koşulların da uygun olmasının etkisiyle bu görüşlerin başta işçi sınıfı olmak üzere İngiliz toplumunun dezavantajlı kesimleri arasında yaygınlaşması üzerine İngiltere Sağlık Bakanı, sağlıkta eşitsizlikleri araştırmak üzere Sir Douglas Black başkanlığında bir çalışma grubu oluşturmuştur. Çalışma grubu, hazırladığı raporu (*Sağlıkta Eşitsizlikler:*

*Araştırma Grubu Çalışma Raporu*) 1980 yılında tamamlayarak, kamuoyuna sunmuştur.

Raporun giriş bölümünde, sağlık alanında sağlanan başarıların, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmakta başarılı *olamadığı* belirtilmekte, örneğin 1970'lerde fakirler arasında ölüm hızlarının, zenginlere göre tüberküloz için 10 kat, bronşit için 5 kat, akciğer ve mide kanseri için 3 kat fazla olduğunu, dahası bu eşitsizliklerin *doğumdan* itibaren başladığını, fakir ailelerde doğan bebeklerin yenidoğan ölüm hızının, zengin ailelerde doğan bebeklerin 5 katı olduğu belirtilmektedir. Bu durumun Ulusal Sağlık Sistemi'nin toplumda sağlıkta eşit fırsat yarattığına ve sağlık durumunu iyileştirdiğine inananlar için bir hayal kırıklığı olduğu vurgulanmaktadır.

Mortalite ve morbidite hızlarının, toplumsal sınıflar bazında analiz edildiği ikinci bölümde, İngiltere'de toplumsal sınıflar arasında sağlık bakımından belirgin farklılıklar (eşitsizlikler) olduğu, hatta bu eşitsizliklerin *doğumda* başladığı sonucuna varılmaktadır. Raporun halkın sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini incelediği dördüncü bölümde ise sonuçlar oldukça çarpıcıdır: Sosyalleştirme uygulaması, sağlık hizmetlerine ulaşmakta *fırsat eşitliği sağlayamamıştır.* Bu durum en çok koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarında gözlenmektedir. Veriler toplumsal hiyerarşide en altta yer alan ve koruyucu hizmetlere en çok gereksinim duyanların bu hizmetlere görece daha az gereksinimi olan üst tabakalardakilerden daha az yararlanabildiklerini göstermektedir.

Raporun beşinci bölümünde İngiltere'nin sağlık göstergeleri, diğer gelişmiş metropol ülkelerin göstergeleri ile kıyaslanmış ve yenidoğan ölümleri ile kişi başına gayrisafi ulusal hasıla ve *ülkede daha eşit bir gelir dağılımı olması* arasında ilişki gözlenmiştir.

* * *

Raporun yayınlandığı tarihte İngiltere'de -aynı Türkiye'de ve dünyanın hemen her yerinde olduğu gibi- 1970'lerde yükselmiş olan ilerici toplumsal dalga kırılmış ve yerini günümüzde dahi -Latin Amerika dışında- sürmekte olan çöküntüye bırakmıştır. Eksiklikleri olsa da (sağlıkta eşitsizliklerin kaynağı olarak kapitalist üretim tarzının ve çalışma orta-

mının rolüne yer vermemesi) en azından "kralın çıplak olduğunu" sergileyen Black Raporu, *Yeni Dünya Düzeni*'nin baş aktörleri (İngiltere'de Margaret Thatcher) tarafından sahiplenilmeyerek, öksüz bırakılmıştır.

Buna rağmen İngiltere ve ABD'de bilim insanları çalışmalarına devam ederek, sağlıkta eşitsizlikler ve bunların nedenleri üzerine önemli bulgulara ulaşmışlardır. 1982 yılında, John Fox ve Peter Goldblatt pek çok hastalık için sınıflar arasında ölüm hızlarının farklı olduğunu bilimsel olarak kanıtlamışlardır. 1985 yılında, İngiltere'de, hükümetin karmaşık ölüm verilerini büyük bir çabayla yeniden sınıflamayı başaran Elsie Pamuk, sağlıkta eşitsizliklerin sınıf temelinde giderek daha da arttığını istatistiksel olarak ortaya koymuştur.

Bütün bu çalışmalara karşın burjuvazi, sistemi sorgulayan Black Raporu'nu öksüz bırakırken, olumsuzlukların sorumluluğunu doğrudan bu olumsuzlukların *mağdurlarına* yükleyen Lalonde Raporu'nu göklere çıkartmıştır. Sağlıktaki eşitsizliklerin nedenini sınıfsal eşitsizlikler yerine bireysel yaşam tarzlarında arayan çalışmalar özendirilmiş ve desteklenmiştir.

1980'lerden sonra tıbbi araştırmalar, özellikle sağlıkla ilgili *davranışsal risk faktörleri* üzerine yoğunlaşmış, sağlıkta eşitsizliklere bu olumsuz davranışların (sigara, yaşam tarzı, diyet vb) yol açtığı kanıtlanmaya çalışılmıştır. *Kurbanı suçlayan* bu araştırmalar, neo-liberal hükümetler tarafından memnunlukla karşılanmış ve desteklenmiştir. Michael Wadsworth ve Richard Wilkinson bu *davranışsal yaklaşımı* temel alan bir dizi müdahale çalışmasını inceleyerek, bunların "başarılarının" sınırlı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Tarihin sonunun ilan edildiği yıllarda, Michael Marmot, Richard Wilkinson ve John Fox'un Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi'ni kurmaları ve Avrupa ve Kuzey Amerika'da birçok araştırmacının sağlıkta eşitsizlikler üzerine eğilmeye başlamaları tesadüf değildir. 1990'ların ortalarından itibaren neo-liberal *cennet* üzerine kuşkular artmaya ve politik ortam bir ölçüde biliminsanlarının sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yoğunlaşmalarına izin vermeye başlamıştır.

1997 yılında, İşçi Partisi'nin seçimleri kazanmasıyla, araştırmalar için

gerekli kaynakların da önü açılmaya başlamıştır. 2000 yılında, R. Mitchell ve arkadaşlarının, *Yaşamda ve Ölümde Eşitsizlikler: İngiltere Daha Eşit Olsaydı Ne Olurdu? (Inequalities In Life and Death: What If Britain Were More Equal?)* başlıklı çalışmaları yayınlanır. Çalışma, işçi sınıfının en dezavantajlı kesimleri üzerinde bileşik bir etkisi olacak üç politikanın izlenmesi durumunda, erken ölümlerin yarısının önlenebileceğini ortaya koyar.

Bu üç politika:

• Gelir ve zenginlikteki eşitsizliklerin, 1983 yılındaki seviyesine geriletilmesi (yılda 7.500 ölümü önler),

• Tam istihdamın sağlanması (yılda 2.500 ölümü önler) ve

• Çocuk yoksulluğunun ortadan kaldırılması (yılda 1.400 ölümü önler) olarak belirtilmiştir.

Günümüzde sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik çabalar, toplumun sosyal ve ekonomik örgütlenmesinde (kapitalizm) köklü değişimler önermeden, kapitalizmi *yontarak* veya kapitalistleri *ikna etmeye* çalışarak bu eşitsizlikleri azaltmaya yöneliktir. Wilkinson ve arkadaşları bu çabalarını Dünya Sağlık Örgütü'ne taşımayı başarmışlardır. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* ekseninde yürütülen çabalar ayrı bir yazının konusudur.

**Kaynaklar**

**Berridge V. (2002).** *The Origin of the Black Report: A Conversation with Richard Wilkinson.* Contemporary British History, 16(3): 120 – 122.

**Black, D., Morris JN., Smith, C. ve Townsend, P. (1980).** *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group.* London: Department of Health and Social Security. http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm. (Erişim: 14.11.2007).

**Lalonde, M. (1981).** *New Perspectives on The Health of Canadians: A Working Document.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

**Navarro ,V., Muntaner, C. (Ed.) (2004).** *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-being: Controversies and Developments.* New York: Baywood.

**Oliver, A. (Ed.) (2005).** *Personal Histories in Health Research.* London: The Nuffield Trust.

**Raphael, D. (Ed.) (2009).** *Social Determinants of Health:Canadian Perspectives.* 2nd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press.

*Okuma 1 Anamnezde Yaşam-Örgüsü Yaklaşımı*

David Blane, 1980'lerin sonuna doğru, anamnezde *hastalığın öyküsünün* ön plana çıkartılması yerine, *hastanın yaşam öyküsü* üzerinden giderek etiyolojik faktörleri araştırmanın daha doğru olacağını düşünmeye başlamıştır. Yaşamın belli bir döneminde etiyolojik faktörlere maruziyetin araştırılması yerine, bütün yaşam boyunca maruziyet(ler)in araştırılması, sağlıkta eşitsizlik çalışmalarına daha iyi ışık tutacaktır. Böylece *yaşam-örgüsü* (lifegrid) kavramını geliştiren Blane, hastalarla yaşam-örgüsü görüşmeleri yapmaya başlar.

57 yaşında bir kadın olan E, istirahatte dahi görülen nefes darlığı, aşırı ve balgamlı öksürük ve sık akciğer enfeksiyonları nedeniyle kronik obstrüktif (tıkayıcı) akciğer hastalığı tanısı almış ve hastalık nedeni *sigaraya* bağlanmıştır. E ile yaşam-örgüsü görüşmesi yapan Blane ise şunları ortaya çıkartır:

E, İkinci Paylaşım Savaşı sırasındaki üç yıl dışında, bütün hayatı boyunca aynı yerde (Londra) yaşamıştır. E'nin 1950'lerin başından itibaren anımsadığı sarı-siyah duman, zaman içinde hava kirliliği ile birlikte artmıştır. Çocukken, E ve kardeşlerinin ciğerlerinin *kötü* olduğu söylenmiştir. Babası sürekli bir işe sahip olmayan E ve ailesi soğuk ve nemli bir evde yaşamıştır.

14 yaşında Londra'da bir tekstil fabrikasında çalışmaya başlayan E, günde beş sigara içmeye başlar. E, parafin buharı ve pamuk tozuna maruz kaldığı bu işyerinde bir havalandırma sistemi olup olmadığını anımsamamaktadır ve ilk kez 21 yaşında bronşit tanısı alır.

24 yaşında evlenince çalışmayı bırakan bayan E, yine nemli ve savaş sırasında hasara uğramış damı akan bir eve taşınır. Bay E de niteliksiz bir işçidir ve düzensiz ve düşük ücretli işlerde çalışmaktadır. İki çocuğundan fırsat bulduğu sıralarda yarım-gün çalışmaya başlayan E, TV fabrikasında lehim dumanına ve paketleme işinde tozlara maruz kalır. Bu arada sigara sayısı günde yirmiye çıkar ve sigarayı bıraktığı 52 yaşına dek bu sayıda kalır.

1960'larda E'nin yaşamı düzelmeye başlar, fakat 31 yaşında taşın-

dığı bu "yeni" dairede dahi duvarlarda siyah küf vardır.

Blane bu hikayeden E'nin hastalığının, daha önce genel pratisyenin ve hastane hekimlerinin düşündüğü gibi *sadece sigaradan* kaynaklanmadığı; sigara öncesinde başlayan, çevreden, yaşadığı evlerden, mesleki maruziyetlerden ve aynı zamanda çocukluğu ve gençliğinde geçirdiği akciğer hastalıklarından kaynaklandığı sonucuna varır.

*Burada etiyolojinin sigara alışkanlığı ile sınırlandırılması, hastalığın ardındaki sınıfsal değişkeni gizlerken, yaşam-örgüsü, hastalığın sınıfsal temellerini apaçık ortaya sermektedir.*

Çocukluğunda ve gençliğinde hekimler tarafından *tedavi edilen* E, *iyileştikten sonra* yeniden anayol kenarındaki High caddesine, nemli-soğuk evlere, metal ve kimyasal buharlara, tozlara maruz kaldığı işyerlerine, bir başka deyişle hastalık kaynaklarına *geri gönderilmiş,* sonunda da 57 yaşında kendisine, *sigara nedeniyle* (bütünüyle E'nin suçu (!) ) kronik obstrüktif akciğer hastalığına yakalandığı söylenmiştir.

Meslek yaşamının 30 yıldan fazlasını sağlıkta eşitsizliklerin *sınıfsal temellerini* ortaya koymaya harcayan David Blane, genç nesilleri şöyle uyarmaktadır:

- Eğer sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi çabaları sonuçsuz kalırsa, var olan eşitsizlikler *eskiden olduğu gibi* bu eşitsizliklerin giderilmemesi ile değil, *yine* genetikle açıklanmaya çalışılacaktır. Eugenics (ırkçılık) yeniden dirilirse, genç nesillerin Black Raporu'nda olduğu gibi yanıt vermeleri gerekir.
- Gelecekte yine eşitsizlikleri, sigara, egzersiz gibi sağlıkla ilgili davranışlara bağlamak isteyenler çıkacaktır. Bunlara yanıt vermek için, 1980'lerdeki müdahale çalışmalarının başarılarının ne kadar sınırlı olduğunu gösteren Davey Smith ve arkadaşlarının makalesi unutulmamalıdır.
- Halk sağlıkçılara anımsatmak gerekir ki, sağlıkta eşitsizlik etki değerlendirmesi ile sağlıkta etki değerlendirmesi aynı şey değildir ve bunları ayırmamak, sağlıkta eşitsizlikleri arttıran politikalara yol

açabilir. Buna en iyi örnek, Donald Acheson'un gösterdiği gibi sigarayı bırakma inisiyatiflerinin, toplumun zengin kesimleri arasında daha etkin olup, bunun sağlıkta eşitsizliklerin daha da artmasına yol açmasıdır.

• Son olarak, sağlıkta eşitsizliklerin gündemin üst sıralarında yer almasını sağlamak ve bunları azaltacak politikaların merkezi ve yerel düzeylerde uygulanmasını sağlamak sorunu vardır. Yurttaşlar bu amaçla çok çeşitli katkılarda bulunabilirler, fakat ancak araştırmacılar tartışmanın *iyi bilim* temelinde gitmesini sağlayabilirler.

**Kaynaklar**

**Acheson, D., Barker, D., Chambers, J., Graham, H., Marmot, M. ve Whitehead, M. (1998).** *Independent Inquiry into Inequalities in Health: A Report.* London: The Stationery Office.

**Smith, GD., Neaton J, Wentworth, D., Stamler, R. ve Stamler, J. (1996).** *Socioeconomic Differentials in Mortality Risk Among Men Screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I – White Men.* American Journal of Public Health. 86(4): 486 – 496.

**Oliver, A. (Ed.) (2005).** *Personal Histories in Health Research.* London: The Nuffield Trust.

*Okuma 2. Eşitsizlikler ve Sağlık*

Geleneksel olarak Villermé'den beri morbidite ve mortalite ile yoksulluk arasında sayısız araştırmayla gösterilmiş doğrudan bir ilişki kurulmuştur. Navarro ise bu kurgunun gerçeğin yalnızca bir kısmını yansıttığını öne sürmüştür. Kuşkusuz yoksulların olumsuz yaşam koşulları sağlık göstergelerinde kötüleşmeye neden olur; ancak bu durum *yoksul olmayanlar arasındaki* sağlık farkını açıklamaz.

Örneğin İngiltere'de devlet memurları arasında *yoksul* bulunmadığı halde, daha üst düzey memurlarla, daha alt düzey memurlar arasında *yaşam beklentileri* bakımından önemli farklılıklar vardır. Navarro yoksulluk ile açıklanamayan bu farkın nedenini, *toplumsal mesafe ve bu mesafenin insanlar tarafından nasıl algılandığı, buna ek olarak bu mesafenin ürettiği toplumsal tutarlılık yokluğu* olarak tanımlamaktadır.

Bunu açıklamak için Navarro şöyle bir örnek verir:

"Bu durum Amerikalı bir yoksul (yılda 12 bin dolar kazanır) ve Ganalı orta sınıf birinin yaşam beklentileri karşılaştırıldığında açıkça görünür. Amerikalı yoksul muhtemelen Ganalı orta sınıf bireyden (yılda 9 bin kazanır) daha fazla maddi olanağa sahiptir. Amerikalının arabası, TV seti, büyük bir dairesi ve diğer eşyaları varken, Ganalının yoktur. Aslında dünya tek bir toplum olarak kabul edilse Amerikalı yoksul, dünyanın orta sınıf insanı ve Ganalı orta sınıf birey, dünyanın yoksulu olurdu. Fakat Amerikalı yoksulun yaşam beklentisi, bu gerçeğe karşın, Ganalı orta sınıf bireyden daha (tam olarak iki yıl) kısadır".

Navarro bu farkı şöyle açıklamaktadır:

"Amerika'da yoksul olmak, Gana'da orta sınıf olmaktan daha güçtür. Amerikalı yoksul için varlığının en kötü ögesi *maddi kaynak yoksunluğu değil, toplumun geri kalanıyla arasındaki toplumsal mesafedir*".

Yoksul Amerikalı toplumun beklentilerini karşılayamamış, ha-

yatta "başarısız" olmuş, "Amerikan Rüyasının" dışına düşmüştür. O halde patolojinin asıl kaynağı maddi yoksunluk değil, bu "dışarıda kalmadır". Bu güçsüzlük duygusu ve toplumsal dışlanmışlık Amerikalı emekçiler arasındaki hastalıkların kaynağıdır.

Navarro bu görüşünü toplumsal bakımdan daha tutarlı olan İsveç gibi ülkelerde sağlık göstergelerinin daha iyi olmasıyla destekler. Genellikle sosyal demokrat ve sosyalist partilerin iktidarda olduğu ve güçlü bir işçi sınıfı örgütlülüğüne sahip ülkelerde emekçiler kendilerini Amerikalı emekçiler kadar güçsüz ve toplum dışına atılmış hissetmemektedirler ve bu nedenle Amerikalı emekçilerden daha az maddi olanaklara sahip olsalar da, onlardan daha sağlıklıdırlar.

**Kaynak**

**Navarro, V. (2004).** *Inequalities are Unhealthy.* Monthly Review, 56(2): 26 – 30.

# Sonsöz

Bu kitapta geçtiğimiz iki yıl içinde yürüttüğümüz eğitim çalışmalarının büyük bir kısmına yer vermeye çalıştık. Amacımız okurun toplumcu tıbbın temel ilkeleri ve tarihteki belli başlı toplumcu tıp deneyimleri konusunda fikir sahibi olmasını sağlamaktı. Ancak bu konuda büyük eksiklerimiz olduğunun da farkındayız. Bunların başında Çin'deki *Yalınayak Hekimler* deneyimi geliyor. Çok değerli bir toplumcu tıp deneyimi olan Yalınayak Hekimler uygulaması 1970'lerde büyük ses getirmiş ve bir dizi ülke tarafından örnek alınmıştı. Dünya Sağlık Örgütü'nün de büyük değer biçtiği bu uygulamayı ayrı bir çalışmayla değerlendirmek gerekiyor.

Diğer yandan Meksika başta olmak üzere Latin Amerika ülkelerinde yaşanan toplumcu tıp deneyimleri ve Zapatist hareketin toplumcu tıbba katkıları da ayrı bir çalışma olabilecek derinliktedir. David Werner'ın öncülüğünü yaptığı "köy sağlık hareketleri" bir yönüyle Yalınayak Hekim uygulamasından esinlenirken, sağlığı toplumsal kalkınmayla bütünleştirmesi bakımından Alma-ata Konferansı için de esin kaynağı olmuştur.

Başta Vietnam olmak üzere sosyalist uzak doğuda önemli toplumcu tıp deneyimleri yaşanmıştır. Bu ülkelerde de kapitalizme dönüş yaşanmış olmasına karşın, tıp birçok yerde hala toplumcu karakterini korumaya devam etmektedir. Benzer bir duruma kimi eski Sovyet Cumhuriyetleri'nde de tanık olmaktayız. Öte yandan Kuzey Kore hala bir kapalı kutu olmayı sürdürmektedir. Ne yazık ki bu ülkedeki toplumcu tıp uygulamalarına ilişkin nesnel verilere ulaşabilmek mümkün olmamıştır.

Kuşkusuz yirminci yüzyılda bir dünya sistemi olan sosyalizm bu ülkelerle sınırlı değildir. Emeğin şu veya bu şekilde iktidara geldiği

bütün coğrafyalarda değiştirdiği ilk kurumların başında sağlık gelmiş; sağlık ve tıp emeğin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda Güney Yemen'den Afganistan'a, Angola'dan Nepal'e kadar dünyanın birçok coğrafyasındaki toplumcu tıp deneyimlerini de gün yüzüne çıkartmak önümüzde bir görev olarak duruyor.

Ancak diğer yanda güncel gelişmeleri de yakından izlemek gerekiyor. Bunlar arasında bir güneş gibi parıldayan Küba ve Venezuela konusunda oldukça iyi bir literatüre sahibiz. Fakat günümüzde kapitalist ülkelerdeki toplumcu tıp mücadelesinin en önemli aktörlerinden biri olan *Halkların Sağlık Hareketi* (Public Health Movement) ne yazık ki ülkemizde çok tanınmıyor. Bundan sonra çabalarımızı güncel toplumcu tıp hareketleri üzerinde yoğunlaştırmak ve Türkiye'nin bu hareketlere daha fazla katkı sağlaması için gayret göstermek istiyoruz.

Sözlerimizi yine Virchow'la bağlayalım:

Tıp bir sosyal bilimdir ve politika geniş ölçekte tıptan başka bir şey değildir.